FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA

Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1910

PARA SER DEFENDIDA POR

Octaviano de Souza Paraiso

Filho legitimo de

José d'Araripe Paraiso

e

Maria Polycena de Paraiso

NATURAL DESTE ESTADO

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

Doutor em Medicina

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Obstetricia

Ligeiro estudo do parto nas bacias viciadas

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias Medico-Cirurgicas.

BAHIA

Typographia S. José

Rua do Corpo Santo n. 66

1910

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Diretor—Dr. AUGUSTO C. VIANNA
Vice-Diretor—Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

LENTES CATHEDRATICOS

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª
Antonio Pacifico Pereira	Histologia normal.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas.
	3.ª
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Terapeutica.
	4.ª
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal e Toxicologia.
	5.ª
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica 2.ª cadeira.
	6.ª
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
João Americo Garcez Froes	Clinica Propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica Medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica Medica 2.ª cadeira.
	7.ª
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e arte de Formular.
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica Medica.
	8.ª
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica.
	10.ª
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11.ª
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermathologica e syphiligraphica.
	12.ª
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
João E. de Castro Cerqueira Sebastião Cardoso	Em disponibilidade.

LENTES SUBSTITUTOS

OS DOUTORES

José Affonso de Carvalho	1.ª	Pedro da Luz Carrascosa e	
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª	J. J. de Calasans	7.ª
Julio Sergio Palma	«	J. Adeodato de Souza	8.ª
Pedro Luiz Celestino	3.ª	Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª
Oscar Freire de Carvalho	4.ª	Clodoaldo de Andrade	10.
Caio O. F. de Moura	5.ª	Albino Leitão	11.
Clementino da Rocha Fraga	6.ª	Mario Leal	12.

Secretario—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
Sub-Secretario Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

PREFACIO

Antes de entrarmos no assumpto do nosso trabalho, julgamos de necessidade para sua melhor comprehensão, o conhecimento das pelviciações, suas principaes causas, e os meios que dispoe o parteiro para a sua investigação.

Por esse motivo dividimol-o em tres capitulos: estudando no primeiro, as considerações sobre as pelviciações e suas principaes causas; no segundo tratamos da pelvimetria, especialmente da digital que aconselhamos, e no terceiro do parto espontaneo e provocado.

Por fim apresentamos duas observações, uma obtida graças á nimia gentileza do distincto collega d.do Oscar de P. Guimarães, e outra por nós observada no Hospital de Santa Isabel, no serviço obstetrico e gynecologico a cargo do illustrado professor Dr. Climerio de Oliveira.

CAPITULO I

Ligeiras considerações sobre as pelviciações e suas principaes causas

As pelviciações podem ser definidas como alterações da bacia, na sua forma, dimensões e inclinação capazes de trazerem um obstaculo ao parto normal.

Data do seculo XVII, a epocha em que os parteiros tomaram conhecimento da existencia das alterações da bacia e dos obstaculos que ellas determinavam á expulsão fetal.

H. von Devinter, Peu e Mauriceau foram os que primeiro as reconheceram praticando a versão. Depois vieram De la Motte, Deventer, Baudelocque, Noegele, Dubois, Lenoir, Osiander Michaelis, Tarnier, Pinard e muitos outros, que fizeram o estudo completo anatomo-pathologico das bacias viciadas. Por fim Varnier com a radiopelvimetria e Fochier e Fabre com a radiographia, illuminaram o campo das

investigações, trazendo com estas descobertas outras noções sobre o estado da bacia.

Relativamente á frequencia das pelviciações, é difficil aprecial-a com precisão, tal a variabilidade das cifras indicadas pelos diversos autores Para Hecker 1 %, Winckel 2 a 8 %, Tarnier 5, 31 % Pinard 7, 2 % Michaelis 13 % Litzman 14 % Fischel 20 % Schwartz 22 %.

No nosso paiz não conhecemos os dados estatisticos que permittem ajuizar da frequencia das pelviciações, parecendo-nos, entretanto, que ellas são raras. No serviço obstetrico e gynecologico do Hospital de Santa Isabel a cargo do proficiente mestre, Dr. Climerio de Oliveira, poucos têm sido os casos apresentados de pelviciação.

O anno passado neste mesmo serviço, verificou-se só um caso, onde havia diminuição de quasi todas as dimensões pelvicas e este anno durante todo o nosso curso, tambem só occorreu um de ligeiro estreitamento do diametro promonto sub-pubiano.

A bacia com seus caracteres normaes é disposta de tal modo, que pode dar facilmente passagem a um feto de dimensões apropriadas; mais se houver uma alteração qualquer desses caracteres, a passagem fetal não se fará tão facilmente e dependerá do gráu dessas alterações. Para o desenvolvimento regular da bacia é preciso que exista um perfeito equilibrio entre a pressão do tronco e a contra-pressão dos

membros inferiores. Um desvio da columna vertebral estabelecendo uma pressão dirigida viciosamente, traz em consequencia, para o restabelecimento da estatica uma deformação pelvica. O mesmo se observa para o lado dos membros; se houver uma impotencia funccional de um dos membros inferiores, a pressão do tronco não achando da parte da contra-pressão perfeita uniformidade, determina um desvio do lado onde for menor a contra-pressão e consequentemente a bacia se deforma.

Para estudarmos a influencia, que pode ter a bacia sobre o parto, é necessario que conheçamos, ao lado dos caracteres pelvicos, as dimensões fetaes. O termo pois, de estreitamento deve ter significação muito relativa, porque as dimensões do feto variam muito. Um feto extraordinariamente desenvolvido, pode tornar uma bacia normal, estreitada para elle, e vice-versa, uma bacia estreitada pode se comportar como normal, se o feto tiver dimensões inferiores á normal. A bacia normal apresenta mais ou menos os seguintes caracteres: estreito superior ligeiramente achatado no sentido antero-posterior em vista da saliencia do promontorio, e suas dimensões antero posteriores menores que as obliquas e transversa. A excavação tem seus diametros transversos e obliquos sensivelmente iguaes as do antero posterior; a parede posterior é longa e concava e a anterior curta e ligeiramente convexa. O estreito

inferior é achatado transversalmente e o diametro bi-ischiatico é menor que o saccro sub-pubiano, porque neste ha a possibilidade da mobilidade do coccyx.

Quando um ou varios destes caracteres se acham alterados a bacia é dita viciada. Os tres elementos, forma, dimensões, inclinação de que fallamos acima podem, isoladamente, cada um soffrer uma modificação; as mais das vezes, porem, as modificações assestam-se sobre dous ou tres destes elementos, augmentando assim a complexidade das pelviciações e dando origem a uma infinidade de typos de bacias viciadas.

Como devemos classificar estes diversos typos de bacias viciadas? Qual o criterio que nos deve servir de guia para uma bôa classificação? Muitas têm sido as classificações apresentadas, umas fundadas sobre a forma, dados clinicos, outras sobre as dimensões dos diametros, a etiologia e a pathogenia.

Ribemont cita a antiga classificação seguinte, que divide as bacias viciadas, em bacias viciadas por excesso de amplitude, estreiteza, má direcção dos planos e viciações complexas, condemnando-a porque julga illogico que deva entrar no numero das bacias viciadas, uma bacia muito grande que não traz difficuldade ao trabalho do parto.

Varnier adopta a seguinte classificação: bacias symetricas, bacias asymetricas e bacias de viciações complexas.

Martin classifica as bacias viciadas em geralmente e parcialmente estreitadas, as quaes podem ser estreitadas no estreito superior no sentido dos diametros antero-posterior, transverso e obliquo; no estreito inferior no sentido do diametro transverso e irregularmente estreitadas.

Dr. Felice dividiu as bacias viciadas em:

1.° Bacia de forma oval-transversal, estreitada no diametro antero-posterior.

2.° Bacia de forma oval-obliqua, estreitada no diametro obliquo.

3.° Bacia de forma oval antero-posterior, estreitada no diametro transverso.

4.° Bacia de forma triangular, estreitada em varios diametros.

5.° Bacia de forma atypica.

Esta classificação baseia-se na forma da bacia, que é o elemento anatomo-pathologico mais importante e um elemento de diagnostico muito util a conhecer. Ultimamente Commandeur propoz a seguinte classificação que elle considera não ainda perfeita, mas um esboço, baseado na etio-pathogenia.

BACIAS VICIADAS

1.° EM CONSEQUENCIA DE AMOLECIMENTO OSSEO

A—**Bacia rachitica**
B—**Bacia osteomalacica**

2.° EM CONSEQUENCIA DE LESÃO DA COLUMNA VERTEBRAL

A—**Desvio rachidiano**
a—lordozica
b—scoliotica
c—cyphotica
d—spondylizematica
B—**Resvalamento rachidiano**
a—spondylolisthesica

3.° EM CONSEQUENCIA DE LESÕES DOS MEMBROS INFERIORES

A—Devido a amputação d'um membro
B—bacia do *pied bot*
C—bacia da paralysia infantil
D—Bacia da luxação coxo femoral
a—unilateral
b—bilateral

4.° VICIADAS ORIGINALMENTE

A—**Deformadas**
a—chata não rachitica
b—em funil sem cyphose
B—**Não deformadas**
a—geralmente estreitada não rachitica
b—bacia infantil
c—bacia anã

5°. EM CONSEQUENCIA DE SYNOSTOSE SACCRO ILIACA COM ATROPHIA

A—**Unilateral—Bacia de Noegelé**
B—**Bilateral—Bacia de Robert**

6.° EM CONSEQUENCIA DE ANOMALIAS

A—**Da symphyse—Bacia fendida**
B—**Do saccro** (Por assimilação
(Por desassimilação

7.° ATYPICAS

A—**Por tumores**
B—**Por fracturas**.

Os dados da morphologia pathologica podiam nos servir para uma classificação; mas a complexidade dos typos que se podem apresentar é tal que não permitte uma classificação satisfactoria.

O professor Michaelis que adoptou uma classificação por muito tempo, baseada sobre á morphologia anatomica, renunciou-a depois, esperando encontrar na etio-pathogenia uma base mais segura para a classificação.

Datam de muito tempo as classificações baseadas sobre os dados morphologicos; Litzmann, La Torre, Dohrn, Delore Waldeyer e outros, as conheciam e adoptavam.

A clinica apreciando o modo da passagem fetal na fieira pelvica, o mechanismo do parto, podia tambem servir de criterio para uma classificação; mas levando-se em conta a possibilidade da variabilidade da forma e dimensões fetaes, essa classificação perderia seu valor absoluto, porque uma bacia pertencente a tal ou qual grupo em um caso de feto a termo, passaria a figurar em outro se elle fosse prematuro.

A mór parte dos autores está accorde que a etio-pathogenia pode por si só, servir de base para uma bôa classificação.

Ultimamente ella tem aclarado os estudos sobre as pelviciações e demonstrado que muitas das pelviciações, são o resultado de uma lesão primitiva agindo

directamente sobre os ossos da bacia, como o rachitismo, a osteomalacia, ou de uma lesão secundaria, de visinhança agindo indirectamente, como são as alterações da columna vertebral, as causas diversas de claudicação e malformações congenitas, etc.

Todas as classificações que acima exaramos soffreram a critica de seu tempo e são ainda passiveis de muitas objecções, porque não reunem em si os tres elementos, anatomico, etio-pathogenico e clinico sobre os quaes se deve basear uma bôa classificação.

A de Commandeur que adoptamos está tambem neste caso. Comquanto nella predomine o elemento etio-pathogenico que julgamos muito importante para diagnostico da lesão, despreza a forma anotomica da bacia, ponto que estabelecemos util para uma bôa classificação, pelo que julgamol-a passivel de justas objecções da parte dos adeptos das outras classificações. Não entramos na analyse minuciosa de cada uma destas classificações, que difficultam o estudo das pelviciações e o torna confuso como affirma Dr. Felice, porque julgamol-a inutil e mesmo porque pensamos que clinicamente não é a molestia causal da pelviciação, que nos deve mais preoccupar, e sim a pelviciação encontrada, nem tambem nos é tão util saber a que classificação ella pertence.

Julgamos mais necessario, pelo menos clinicamente, ignorar que uma bacia já foi descripta em tal classificação, que desconhecer que um elemento della

deformado, exige esta ou aquella intervenção. Deixemos, pois, os casos excepcionaes e multiplos de pelviciações que as autopsias nos têm revelado e levemos nosso estudo pelo lado pratico, que é o que nos deve conduzir ao fim desejado—triumphar do obstaculo do parto.—

A pratica nos mostra que o maior numero de pelviciações tem como causa uma modificação isolada de um dos caracteres da bacia, trasendo do ponto de vista do parto, consequencias sempre as mesmas, independentes da causa que deu origem, e que uma viciação complexa se resume na somma das modificações de dous ou mais desses caracteres. D'ahi decorre, principalmente, a necessidade de conhecermos bem os typos principaes e mais frequentes das pelviciações, de cujo conhecimento tiraremos as mais das vezes, a conducta racional a seguir em presença dos casos complexos.

Os typos principaes e mais frequentes das pelviciações correspondem ás mais frequentes alterações das diversas partes da bacia. Por exemplo: o estreito superior estreitado no seu diametro antero-posterior pela proeminencia do promontorio, sem nenhuma outra alteração notavel, constitue a bacia do typo chato, *bacia rachitica*.

No nivel da excavação, em particular sobre a concavidade da parede posterior, as alterações se apresentam sob a forma de saliencias diversas que

difficultam o trabalho, e a bacia, neste caso, pertence ao *typo canaliculado*.

No estreito inferior as alterações determinam um estreitamento das dimensões transversaes deste estreito, uma approximação dos ischions, consequentemente uma diminuição da ogiva pubiana e a bacia affecta o typo de *bacia em funil*. A bacia pode ainda pertencer ao *typo ogalar obliquo* quando ella é asymetrica, quer em consequencia de uma coxalgia ou claudicação, quer por uma lesão congenita, uma falta do desenvolvimento de uma das azas do saccro; essa é a de Noegele.

Ao lado destes typos simples, existem os de viciações complexas que explicam a coexistencia de duas ou mais affecções. No estudo que agora vamos encetar a proposito das principaes causas de pelviciações, melhor trataremos destes typos principaes e mais frequentes de pelviciação, dos quaes devemos partir para deduzir os mais complexos.

Dentre as multiplas causas que podem determinar uma pelviciação, destacam-se as seguintes que são as principaes e mais frequentes: molestias geraes do esqueleto - rachitismo - osteomalacia; lesões da columna-cyphose, lordose, scoliose; alteração dos membros inferiores,--coxalgia; parada de desenvolvimento dos ossos da bacia,--atrophia das azas

do saccro. Estes diversos grupos de causas encarados isoladamente, influem sobre a bacia em um sentido determinado, trasendo em consequencia lesões relativamente simples, como tambem podem se combinar e produzir consequentemente formas mais ou menos complexas de pelviciações.

O rachitismo occupa o primeiro plano; é uma dystrophia, propria da primeira infancia, cuja causa predominante é o vicio de alimentação. Suas manifestações assestam-se em diversos pontos do esqueleto, desde a cabeça até os membros inferiores.

Sobre a bacia a influencia do rachitismo determina o achatamento do estreito superior.

E' a diminuição do seu diametro antero-posterior reduzido das suas dimensões normaes, que constitue muitas vezes a unica alteração da bacia, de modo a se denominar tal bacia, *bacia rachitica*, sem que por isso se deva concluir que toda bacia achatada esteja sob a dependencia do rachitismo e que este não determine outras modificações.

Geralmemte na bacia rachitica as outras dimensões do estreito superior ficam normaes ou ligeiramente augmentadas; a excavação pode ser ligeiramente augmentada em consequencia do exagero da concavidade saccra; o estreito inferior tambem augmentado pelo afastamento da arcada pubiana e alargamento dos diametros transverso e antero-posterior, de maneira que encarada neste ponto de

vista, ella só apresenta um estreitamento, dito estreitamento annular. Outras vezes o rachitismo determina modificações sobre um osso qualquer da bacia; é assim por exemplo que o saccro em logar de permanecer com sua concavidade normal, projecta-se formando uma saliencia notavel que constitue o falso promontorio saccro, donde o estreitamento dito *canaliculado*; a symphyse pubiana perde sua situação normal e salienta-se para atraz, formando uma convexidade notavel que reduz os diametros.

Pode existir uma falta de parallelismo na evolução intrinseca entre os ossos de um lado e os do outro, ou mesmo uma influencia de attitudes viciosas a que o esqueleto fora submettido no curso do processo deformante, e a bacia apresenta as formas mais irregulares. O parto nas bacias rachiticas offerece um caracter eminentemente dystocico, não só no ponto de vista do seu mecanismo physiologico como pelos accidentes, que podem comprometter a vida da parturiente e do feto.

A evolução do trabalho se mostra irregular, variando segundo a forma, o gráo da angustia pelvica e do volume fetal, variedade das apresentações e energia das contrações uterinas.

A osteomalacia molestia dos adultos, caracterisa-se por um amollecimento dos ossos, podendo determinar deformações curvaturas, fracturas das diversas partes do esqueleto, principalmente da bacia cujos elementos se alteram encurvando-se sob a

influencia das pressões e contra-pressões exercidas. Em virtude deste encurvamento a bacia toma a forma de um tricornio, o pubis proemina-se em bico de canario, os ischions encurvam-se e o excesso de curvatura para adiante das vertebras lombares determina a projeção da base do saccro para dentro da excavação.

O parto nestas bacias é tambem dystocico e sua marcha está subordinada aos dous elementos, capacidade pelvica e amollecimento osseo.

As alterações da columna vertebral agem indirectamente sobre a bacia e são as seguintes: cyphose, lordose e scoliose. Destas a unica que se deve dar um valor etiologico perfeito é a cyphose, principalmente a de origem pottica.

A cyphose pottica é a consequencia da tuberculose dos corpos das vertebras lombares visinhas da bacia. Em consequencia da cyphose, ha uma lordose para compensar o desvio da columna vertebral produzido pela lesão primitiva; dest'arte sob a acção da gravidade, o saccro, que tomou parte na curvadura de compensação de uma cyphose situada na união saccro vertebral, executa um movimento tal que sua base se projecta para atraz e a ponta para adiante.

As azas iliacas dirigem-se para baixo e para fóra, ao mesmo tempo que as tuberosidades ischiaticas encontram-se uma com a outra; a curvadura

da linha innominada fica attenuada, as cavidades cotyloides approximam-se uma da outra, as espinhas sciaticas proeminam-se para dentro, emfim a bacia perde sua forma normal e affecta a de um *funil* cuja abertura superior corresponde ao estreito superior geralmente augmentado e a inferior ao estreito inferior estreitado.

O estreitamento do estreito inferior constitue o elemento que toma o parto dystocico nas bacias cyphoticas. Os diametros antero posterior e transverso são diminuidos e as paredes deste estreito bem como as do estreito superior são convergentes e inclinadas de cima para baixo e o estreito medio tem seu diametro transverso estreitado.

Os ligamentos articulares tornam-se relachados pelo amollecimento das symphyses e permittem o augmento do diametro bi-ischiatico e coccyx-pubiano.

No curso da gravidez a mulher cyphotica fica exposta a complicações cardio pulmonares muitas vezes graves. Ha, a observar nas bacias cyphoticas a frequencia das posições occipito pubianas e occipito-saccras, devidas ao augmento do diametro antero posterior e estreitamento do transverso.

O trabalho do parto se processa bem no estreito superior; as difficuldades surgem, porem, no estreito inferior que só permitte a passagem dentro dos limites de 11 a 9 e 9 a 7 centimetros.

Na lordose, o peso do tronco não se transmitte uniformemente a todas as vertebras, nem se applica em toda a extenção aos corpos vertebraes, de modo que os segmentos posteriores das vertebras é fortemente comprimido, emquanto que os segmentos anteriores fogem a essa compressão e dahi a deformação da columna vertebral. Esta deformação determina que o peso do tronco se transmitta a base do saccro e sob esta influencia, elle augmenta o movimento de nutação e toma uma posição horisontal de maneira que sua face anterior olha para baixo e sua base é projectada para adiante e para abaixo.

Ha um abaixamento do promontorio, o estreito superior apresenta-se chato e o diametro antero posterior do estreito inferior augmentado.

A influencia que a lordose tem sobre o parto manifesta-se pelos effeitos da anteversão do utero e por diversas outras perturbações como deformação do ventre, hyperdistenção da parede abdominal, perturbações vesicaes tendencias as quedas para adiante etc. que della decorrem.

Na scoliose a força da gravidade não se distribue igualmente sobre cada uma das metades symetricas da bacia; ella manifesta-se mais intensamente sobre uma destas metades, determinando, assim, uma deformação do lado da bacia onde ella mais agiu, ficando o outro livre podendo se espandir sem obstaculo.

A grande bacia fica estreitada transversalmente; o estreito superior affecta a forma do *typo obliquo ovalar* e o diametro antero posterior é estreitado. Por effeito da torsão da bacia a direcção da base do sacro e da symphyse pubiana, não se correspondem e o diametro antero-posterior não occupa mais a linha antero posterior e sim a linha obliqua.

Dos diametros obliquos um é estreitado e o outro é augmentado; a excavação torna-se estreitada em toda sua altura maximé na parte superior por causa da projecção do sacro para adiante.

A gravidez nas bacias scolioticas pode evoluir normalmente chegando até o termo; ha casos, porem em que o utero não achando espaço sufficiente para seu desenvolvimento entre o diaphragma e a bacia, determina perturbações circulatorias, respiratorias, as vezes graves, que exigem uma intervenção rapida.

O trabalho do parto apresenta particularidades, mormente nos seus dous primeiros tempos, inherentes a conformação pelvica. Estas particularidades estão subordinadas ás relações da apresentação com as dimensões do estreito superior. Sendo favoraveis a apresentação e a posição, e o diametro promonto pubiano medindo de 11 a 9 $^1/_2$ centimetros o parto effectua-se geralmente sem difficuldade. Nos limites de a 9 $^1/_2$ a 8 $^1/_2$ o parto espontaneo ainda é possivel, mas muitas vezes exige uma intervenção para ajudar

as forças naturaes. Abaixo destes limites o parto espontaneo a termo é um facto excepcional.

As alterações dos membros inferiores determinam uma modificação da bacia que consiste no achatamento de uma das suas metades, tornando-a *asymetrica*.

A coxalgia por ser a mais frequente destas alterações e pelas dores, inflamação, atrophia que lhe acompanham, é a principal causa desta viciação. Ella quando se manifesta em uma bacia ainda malleavel, intervem na pelviciação de dous modos; ou determinando que a pressão prolongada e mais forte do membro são, sobre o lado são, achate esse lado e só elle fique achatado, ou então que a pressão e a contra-pressão femoraes não se declarem e o lado alterado seja o que se deforme e achate.

A grande bacia em consequencia da falta de expansão da aza iliaca apresenta-se com a crista iliaca do lado lesado, menos elevada que a do lado são, e pelo mesmo motivo a espinha iliaca antero superior do lado lesado, salienta-se menos que a do lado são.

O estreito superior affecta uma configuração asymetrica; a linha innominada correspondente ao lado alterado é menor e menos encurvada que a outra e representa um pequeno arco de circulo, emquanto que a outra representa um grande arco de circulo. O estreito inferior é geralmente estreitado.

As alterações destes estreitos são as causas do obstaculo do parto.

A parada de desenvolvimento dos ossos da bacia tem sua influencia na pelviciação: podem faltar as duas azas do saccro (Bacia de Robert) ou uma, (Bacia de Noegele) ou diversas peças da bacia podem soffrer no seu desenvolvimento constituindo os diversos typos de bacia achondroplasica, achatada e geralmente estreitada não rachitica, infantil, anã, fendida, etc.

O parto neste ultimo caso como nos demais que vimos, não é funcção da causa determinante da pelviciação, mas das condições dos diversos diametros uteis e lesões osseas de bacia. E' o exame clinico da bacia pesquisando cuidadosamente os caracteres pelvicos que nos deve guiar na pratica, mais que os dados etiologicos ou outros quaesquer.

CAPITULO II

Da pelvimetria, especialmente da digital e da cephalometria fetal

A' Deventer, que estudando as causas de dystocia chamou a attenção para os estreitamentos pelvicos, se deve o conhecimento da existencia, sede e gráo destes estreitamentos.

Para a apreciação do gráo dos estreitamentos pelvicos, é necessario a mensuração dos diversos diametros da bacia. E' este o objectivo da pelvimetria, importante, util, porque, conhecidas as dimensões dos diversos diametros da bacia, se pode estabelecer o prognostico mais ou menos exacto do parto e fixar as indicações a seguir em casos de dystocia ossea.

A pelvimetria pode ser externa, interna ou mixta, conforme são medidos os diametros da bacia pelo lado externo, pela excavação, ou juntando um ponto

de reparo tomado do lado externo, a um outro tomado na excavação.

Para a execução de cada uma dessas variedades de pelvimetria, temos ao nosso dispor um numero consideravel de instrumentos especiaes denominados pelvimetros. Longa é a lista dos diversos typos destes instrumentos, creados por seus multiplos inventores para cada uma das variedades da pelvimetria. Assim existem para a pelvimetria externa, os imaginados por Baudelocque, Martin, Osiander, Schutze, Mathieu, Collin; para a interna e mixta os de Kiwisch, Lazarewatsch, Greenhalgl, Earl, Avening, Stein, F. Magalhães e Van Huevel. Estes diversos instrumentos não podem ser todos considerados iguaes, do ponto de vista de suas applicações.

Os destinados para as pelvimetrias externa e mixta, prestam-nos bons serviços, como adiante demonstraremos; porem os para a pelvimetria interna, são regeitados, abandonados pela mór parte dos parteiros, em vista da difficuldade de suas applicações, pelas funestas consequencias que podem determinar quando não são bem manejados e por pouca precisão.

Para a pelvimetria interna, aquella de que mais nos vamos occupar aqui, regeitamos estes instrumentos e usamos de outros meios que nos dão uma prova mais exacta e segura do estado da bacia, quaes os fornecidos pela pelvimetria digital.

A pelvimetria digital é innegavelmente o meio mais pratico e seguro que se conta, capaz, por si só, de apreciar muitas das particularidades da fieira pelvica: e seja qual for o gráo de exactidão que se attribua aos diversos typos de pelvimetros, é preferivel na pratica corrente o uso deste meio clinico de investigação a que vimos de alludir, que os substitue vantajosamente.

Pertencem a Depaul as palavras que se seguem a proposito do valor da pelvimetria digital: « Apesar das vantagens parciaes que podem apresentar os pelvimetros, resulta, da experiencia feita destes instrumentos, que todos offerecem em gràos diversos quer imperfeições, quer inconvenientes que os reduzem a uma mediocre utilidade e os fazem afastar da pratica. De todos os meios proprios para apreciar a conformação da bacia, a exploracão directa com a mão é bem seguramente, o menos incerto o mais commodo e o mais exacto nos resultados. Por este processo se pode observar todas as especies de viciações pelvicas, sua sede, gráo e conformação nova que ellas dão as partes. Os estreitamentos parciaes ou geraes, exostoses, tumores etc, são assim reconhecidos com facilidade».

Assim, pois, passemos ao estudo da pelvimetria digital, eliminando, devemos assignalar, todo o instrumental utilisado para a pelvimetria interna pelas razões acima apontadas, mas não desprezando a

pelvimetria externa e mixta que consideramos um meio de investigação accessorio, de que mais adiante trataremos, capaz de prestar reaes serviços, por isso que nos fornece as dimensões e caracteres exteriores da bacia, permittindo a apreciação do estado de asymetria pelvica.

A experiencia nos ensina que é o estreito superior aquelle que é mais alterado, e pois, é para elle particularmente, que nossa attenção deve ser mais dirigida. As alterações da excavação e do estreito inferior são raras e pouco influem. Entretanto ha casos em que, sendo as dimensões do estreito superior sufficientes para a passagem do feto, esta não se fará bem, como por exemplo, se a excavação pelo menos nas suas partes elevadas tiver dimensões antero-posteriores insufficientes, bem como se existir uma alteração do estreito superior ou da excavação que produza um encurtamento notavel das dimensões transversaes. De maneira que ao lado da mensuração do estreito superior, é necessario considerar as dimensões da excavação, as dimensões transversaes do estreito superior e da parte mais alta da excavação, assim como o grão de asymetria que possa existir.

A bacia sendo bem conformada, o dedo introduzido para pesquisar o promontorio não deve attingil-o; quando porem, o dedo vem se por em contacto com elle, ainda mesmo que esse contacto

não seja bem mantido, a bacia é viciada, o diametro antero-posterior do estreito superior é estreitado. Este facto perde um pouco do seu valor absoluto, quando se passa nas grandes multiparas, porque nestas, os tecidos se acham flacidos pelos partos anteriores e o soalho perineal deixa-se mais facilmente recalcar de baixo para cima e o dedo pode attingir o promontorio, sem que exista uma dimensão inferior á normal do diametro antero-posterior. Antes de praticarmos a pelvimetria digital, citemos para melhor comprehensão do nosso estudo, os principaes diametros pelvicos, que jogam com este exame.

Ha a considerar no estreito superior, tres diametros antero-posteriores, tres transversos e dous obliquos: a saber;

Promonto-super-pubiano medindo em media				11 cc.
Promonto-pubiano-minimo	»	»	»	10 1/2 cc.
Promonto-sub-pubiano	»	»	»	12 cc.
Transverso maximo	»	»	»	13 cc.
Transverso mediano ou util	»	»	»	12 1/2 cc.
Transverso ant. ou de Kehrer	»	»	»	12 cc.
Obliquo direito	»	»	»	12 cc.
Obliquo esquerdo	»	»	»	12 cc.

Na excavação ha os seguintes diametros:

Antero-posterior medindo em media				11 $^{1}/_{2}$cc.
Bi-sciatico	»	»	»	10,8 cc.
Obliquo direito	»	»	»	10 cc.
Obliquo esquerdo	»	»	»	10 cc.
Semi-saccro-pubiano	»	»	»	12 cc.

O estreito inferior apresenta os seguintes diametros:

Coccy-sub-pubiano tendo a media de	11 cc.
Transverso maximo ou bi-ischiatico	11 cc.
Obliquo direito	11 cc.
Obliquo esquerdo	11 cc.

Conhecidos os principaes diametros pelvicos, tratemos agora do modo por que se pratica a pelvimetria digital.

Para bem executal-a, não nos devemos esquecer dos preceitos indispensaveis para a garantia do bom exito da exploração, que consistem principalmente em evacuar o recto e a bexiga que podem difficultar o exame, maximé o recto, que, quando cheio, simula um falso promontorio.

A attitude que deve tomar a mulher sujeita ao exame não é indifferente.

Na posição assentada, o diametro promonto-pubiano encurta-se quasi 5 $^{m}/_{m}$; na posição da talha perineal ou obstetrica exagerada, o promontorio fica muito accessivel. O contrario succede quando as coxas estão em completa extensão, quando existe

ligeira inclinação para atraz do tronco, que produz-se então, um movimento de bascula do saccro, traduzindo-se por uma retropulsão da base deste osso e um augmento do diametro antero-posterior do estreito superior.

Chega-se a esse mesmo resultado, collocando-se a parturiente sobre o bordo de uma mesa, o dorso reposando sobre esta e os membros inferiores pendentes. E' a posição conhecida pelo nome de Melli Wachler e considerada como favoravel ao parto, nos casos de estreitamento da bacia.

Para obtermos, porem, um exame perfeito da bacia, não precisamos destas attitudes forçadas; abandonemol-as e demos uma posição conveniente para a parturiente, qual seja a do decubito dorsal, cabeça ligeiramente em flexão sobre o peito, pernas em semi-flexão sobre as coxas, estas em semi-flexão sobre o abdomen e em abducção moderada, tendo-se o cuidado de levantar a bacia com os proprios punhos da parturiente ou de um auxiliar. Collocada a parturiente na posição acima indicada, praticamos a introdução do dedo, tendo-se previamente o cuidado da asepsia local, que não deve ser para esse fim, da solução de sublimado que, ao contrario de facilitar as manobras do exame, torna asperas as paredes da vagina.

O exame pode ser feito por meio do indicador só, ou com este e o medio. O uso dos dous dedos

apresenta algumas vantagens, taes como permittir melhor attingir-se o promontorio, difficilmente accessivel, levantar-se uma parte fetal encravada na entrada da bacia, ou deprimir o perineo quando este apresenta grande tenacidade.

Um dedo só, o indicador, porem, presta-nos maiores serviços porque não perde os movimentos de circumducção necessarios para a exploração lateral da bacia, é menos doloroso, e pode ser melhor introduzido em bôa direcção, condição capital para bem guiar as investigações necessarias.

A bôa direcção que deve tomar o dedo é de grande importancia. O dedo deve ser introduzido docemente, de baixo para cima, seguindo necessariamente para encontrar o promontorio, uma linha sensivelmente parallela ao eixo do estreito superior, se não perde-se na concavidade do saccro. Se não seguir elle esse caminho e o for introduzido muito verticalmente, pode, em certos casos, exceder o promontorio e ir encontrar os corpos das ultimas vertebras lombares.

Em casos de deformações particulares destas vertebras, por uma lordose exagerada por exemplo, as linhas de juncção dos corpos destas vertebras constituem verdadeiros promontorios lombares, susceptiveis de confusão, se não fosse a falta de continuidade com os rebordos sinuosos das azas do saccro que ahi não se encontra.

Estudemos a distancia promonto-sub-pubiana dando á paciente a posição obstetrica mais recommendada para esse exame. Praticamos a exploração do promontorio com o indicador pelo modo que acima aconselhamos.

Uma saliencia ossea sendo attingida pelo dedo, temos elementos para julgar que esta saliencia é o promontorio? E' por meio das relações de visinhança que podemos chegar ao reconhecimento dessa saliencia. Assim, pois, devemos examinar se a saliencia encontrada continua-se com a crista formada pelo bordo anterior da aza do saccro, levando o dedo de um lado e do outro dessa saliencia, procurando a situação e a direcção dos rebordos das azas do saccro. Se houver continuidade ou contiguidade com a referida saliencia concluimos que provavelmente estamos sobre o angulo saccro vertebral— o promontorio dos parteiros.—

Dizemos, provavelmente estamos sobre o promontorio, porque causas de erro existem, como sejam materias fecaes accumuladas no colon pelvico que a lavagem previa não as retirou, a presença de um tumor retro-uterino encravado no *cul de sac* de Douglas, etc., que nos levam a formular um diagnostico tambem errado. Alem disso, pode haver uma concavidade menor do saccro, podendo ser elle mesmo plano ou convexo, apresentando saliencias transversaes, formadas pelos espaços inter-vertebraes saccros, que constituem falsos promontorios saccros, differenciados, graças a

depressão existente de cada lado, correspondente ao buraco saccro.

Reconhecido, porem, o promontorio pelos meios clinicos alludidos, precisamos determinar a distancia entre este ponto e o bordo livre do ligamento triangular sub-pubiano.

Para esse fim applicamos a extremidade do dedo que explora, o indicador, que é o mais usado, em um ponto do promontorio que não o deixe resvalar e levantamos o bordo radial desse dedo até que elle se venha por em contacto com a crista do sub-pubis, que corresponde ao bordo livre do ligamento triangular; feito isto, marcamos o ponto onde o dedo toca a essa crista, o que fazemos com o indicador da mão opposta, o qual explora o sub-pubis e fica de modo que seu dorso olhe para atraz e para cima e sua extremidade venha se collocar no nivel da aresta do ligamento triangular.

Os dous indicadores assim postos em contacto, é bastante uma ligeira pressão da unha do indicador que investiga, para marcar na pelle do indicador explorador o ponto onde este se poz em contacto com o ligamento triangular. Com uma fita metrica medimos a distancia entre esta marca e a extremidade do indicador e temos assim a distancia do diametro que procuramos--o promonto sub-pubiano--,chamado tambem diagonal, cuja dimensão é na media de 12 cc e é dependente dos diversos elementos que entram na

sua formação. Estes diversos elementos são convexidade maior ou menor da face posterior do pubis, espessura da symphyse e altura do promontorio, os quaes influem sobre a dimensão encontrada, Precisamos, pois, para obter a dimensão procurada, da dimensão obtida, fazer uma correção correspondente a esses diversos elementos, a qual será na media de 15 $^m/_m$.

Conhecido assim o diametro promonto-sub-pubiano, vejamos como podemos medir o diametro promonto-pubiano. Sabemos que o diametro promonto-pubiano estende-se do promontorio a uma saliencia existente na parte posterior da symphyse pubiana, na união do terço superior com os dous terços inferiores, que se chama *culmen pubiano*.

A mensuração directa deste diametro com o dedo não é possivel, porque não podemos applical-o ao promontorio e ao *culmen pubiano* ao mesmo tempo, devido a situação deste ultimo. E' por intermedio da mensuração do promonto-sub-pubiano, que se pode, pois, por uma simples deducção, concluir a do promonto-pubiano.

Estes dous diametros não são iguaes: partindo do mesmo ponto, o promontorio, vão ter a pontos differentes do pubis, correspondendo um ao *culmen* e outro ao cimo da ogiva pubiana, representada pelo bordo cortante do ligamento triangular, formando elles com o pubis um triangulo, cujo maior lado

corresponde ao diametro promonto sub-pubiano, a base a toda extenção do pubis e o menor ao promonto-pubiano-minimo.

O promonto-pubiano-minimo, é o menor dos dous diametros e sendo de 15 m/m a differença media estabelecida entre elles, basta da dimensão do promonto-sub-pubiano, diminuir essa quantidade para obter-se a dimensão do mesmo.

A determinação da differença existente entre o comprimento do diametro promonto-pubiano-minimo e o promonto sub-pubiano, tem sido objecto de estudo de diversos parteiros.

Velpeau diminuia um centimetro do comprimento do promonto-sub-pubiano para obter o do promonto-pubiano; P. Dubois o diminuia 9 á 11 millimetros para uma grande bacia e 6 à 9 para uma pequena; Michaelis e Litzman deduziam 18 millimetros. Baudelocque, Capuron, Desarmeaux e particularmente Tarnier que se deu ao trabalho de medir grande numero de bacias rachiticas dos muséos de Paris, fixaram a media de 15 millimetros.

O estudo aprofundado da bacia vem demonstrar que todas estas deducções variam segundo os casos, e que mesmo a media estabelecida não pode convir de um modo absoluto, tendo-se em vista a variabilidade da forma do triangulo promonto-pubiano, e consequentemente, a differença existente entre as mensurações dos dous lados deste triangulo.

Apreciemos os elementos de variação deste triangulo.

Havendo uma inclinação da symphyse em relação ao saccro, o comprimento do diametro promonto-sub-pubiano não varia, mas o promonto-pubiano pode variar atè 30 millimetros, segundo o eixo da symphyse é maior ou menos obliquo, de modo que o parteiro, para deduzir o promonto-pubiano tem de investigar a inclinação da symphyse para dar a reducção necessaria.

Consideremos agora a situação do promontorio em relação a symphyse: a medida que o promontorio se eleva, a deducção augmenta até 25 $^{m}/_{m}$, e a medida que elle se abaixa a deducção a fazer-se é de 15 $^{m}/_{m}$.

Se a symphyse é pouco espessa, a deducção é igual a 15 $^{m}/_{m}$; se é convexa, espessa, a deducção passará a 20 $^{m}/_{m}$. A altura da symphyse influe sobre a deducção a fazer ao promonto-sub-pubiano para achar o promonto-pubiano. Sendo alta a symphyse, a deducção é de 25 $^{m}/_{m}$, sendo baixa é de 15 $^{m}/_{m}$.

Pelo que deixamos exposto fica claro que não devemos adoptar systhematicamente a media de 15 $^{m}/_{m}$ como medida de reducção capaz de nos assegurar a differença entre um e outro diametro e que devemos evitar os erros que é possivel committermos do ponto de vista do prognostico do parto, quando pretendermos determinar a dimensão do promonto-pubiano, baseados na tradicional subtração de 15 $^{m}/_{m}$

A pratica não dispensa este processo, por meio do qual, se não consegue uma medida precisa, pelo menos obtem resultados approximativos, que servem de guia para a conducta do parteiro.

Conhecida a distancia do diametro promonto-pubiano, vamos conhecer a distancia pubo-saccra, cuja exploração é facil e se faz tambem com o indicador, não precisando de correcção porque a mensuração é directa. Esta exploração faz-se, pondo-se a paciente na attitude apropriada de que ja tratamos e aconselhamos e com os cuidados antisepticos indispensaveis. Consiste ella na introducção do dedo indicador em direcção do saccro, onde elle se perderá na sua concavidade, ou ao contrario encontrará um plano osseo caracterisado pelas saliencias transversaes do saccro denominados falsos promontorios saccros.

O dedo é levado horisontalmente á parte mais saliente do saccro; e logo que a extremidade desse dedo esteja mais ou menos firme, de tal modo que não resvale, levantamos seu bordo radial até afflorar o sub-pubis. Marcamos com o indicador da outra mão o ponto em que o dedo mensurador se poz em contacto com o sub-pubis, da mesma maneira que vimos no caso precedente, e a medida que a fita metrica marcar representa a distancia pubo-saccra. Este diametro é o semi-saccro-pubiano de Farabeuf.

Estudamos acima estes diametros sendo as formas

do estreito superior e da excavação conservadas normaes, não influindo suas dimensões transversaes, que geralmente pouco reduzidas, não embaraçam a penetração;agora porem,essas formas são destruidas e a bacia apresenta-se asymetrica influindo as dimensões transversaes do estreito superior e da excavação, sobre a penetração. Torna-se pois necessario o exame interno destas dimensões transversaes e o da pelvimetria externa para o qual apellamos, porque nos fornece certas particularidades exteriores da bacia uteis ao nosso exame.

O exame interno é feito pelo dedo que pode, por si só, percorrendo o estreito superior, apreciar as modificações mais importantes, capazes de embaraçarem o mecanismo do parto. Quando não seja sufficiente um dedo, podemos recorrer a dous e mesmo até da mão inteira. Tambem nos é licito utilisar alternativamente das duas mãos, a direita para a metade direita da bacia e a esquerda para a metade esquerda da bacia. Este exame exige uma certa habilidade e pratica, porque muitas vezes uma pequena differença entre as duas metades da bacia, capaz de trazer um embaraço ao parto, escapa á nossa observação, ainda mesmo a paciente posta em condições apropriadas, de modo que, é de bôa pratica deixarmos decorrer um certo espaço de tempo entre a exploração da metade direita e a da metade esquerda.

A parturiente collocada em posição obstetrica,

levamos alternativamente as mãos ao contacto das partes a examinar, e o tempo que decorre entre as sensações colhidas pela mão direita, depois pela mão esquerda, é o sufficiente para comparar os resultados obtidos em cada uma destas mãos, na hypothese de certa pratica da parte de quem executa tal exame.

O exame exterior da bacia presta-nos grande auxilio, completando nosso estudo, porque nos fornece um outro elemento, que é sua conformação externa, capaz de confirmar um juizo anteriormente feito quando desconfiamos se trata de uma asymetria pelvica, pela existencia de uma scoliose, uma claudicação etc.

E' pela forma do losango de Michaelis que podemos julgar da asymetria da bacia. Sabemos que este losango é constituido, para cima, pela apophyse espinhosa da 5° vertebra lombar, onde existe uma fosseta; para abaixo, pelo cimo do saccro, ao qual corresponde a extremidade superior da dobra interglutea; a direita e a esquerda pelas espinhas illiacas postero-superiores, substituidas por fossetas. Decompondo-se este losango em dois triangulos, um superior outro inferior, o superior que é o que mais nos interessa aprereseuta a forma isocele na bacia normal.

Quando a bacia é achatada no sentido antero posterior, da-se o abaixamento da apophyse espinhosa da 5° vertebra lombar e a altura do triangulo superior

diminue consideravelmente, podendo até a desapparecer. Este triangulo pode apresentar a forma escalena quando os seus dois lados forem desiguaes.

A proposito destes exames externos, não devemos esquecer o processo aconselhado por Noegelè para a avaliação da asymetria pelvica, que consiste em collocar-se a paciente de pé, inclinada sobre um plano vertical resistente e applicar-se um fio a prumo sobre a apophyse espinhosa da 5ª vertebra lombar e outro sobre a linha inter-pubiana. Se houver asymetria, ao envez de os dous fios cahirem exactamente sobre o plano medio, antero-posterior do tronco, como se daria se a bacia fosse normal, elles se afastam, tanto mais, quanto mais notavel for o gráo de asymetria.

Temos feito até aqui o estudo sobre o estreito superior; devemos, porem, extender as nossas explorações para mais longe, abrangendo o segmento inferior, porque, quando existe uma scoliose, uma claudicação influenciando sobre o estreito superior, a escavação e o estreito inferior são as vezes attingidos.

E' o dedo ainda que vae apreciar as modificações capazes de embaraçar a passagem fetal no nivel do segmento inferior da bacia.

E' de importancia conhecermos as distancias dos diametros coccy-sub-pubiano, sub-saccro-pubiano, bi-ischiatico e bi-sciatico.

O diametro coccy-sub-pubiano, comquanto seja

de facil mensuração, não nos é muito necessario pesquizal-o porque, como sabemos, o coccyx é um osso movel que se considera comprehendido nas partes molles da bacia e nenhuma alteração como tal produz

O mais necessario, porem, é o diametro fixo sub-saccro-pubiano, para cuja mensuração, temos primeiro de assegurar qual a mobilidade do coccyx. Pare o fazermos basta tomarmos o coccyx entre dous dedos, o pollegar introduzido na vagina em contacto com elle e o index applicado sobre os tegumentos, no meio da ranhura interglutea e determinar-lhe movimentos de diante para atraz. Assim apreciada sua mobilidade, introduzimos ahi a polpa do index, que levantamos até que o bordo radial deste dedo afflore o ligamento triangular. Com a unha do dedo opposto marcamos o ponto de contacto, medimos a distancia entre a polpa do index e este ponto, por meio de uma fita metrica e temos assim a distancia do diametro sub-saccro-pubiano sem deducção nenhuma a fazer.

Até aqui nenhuma difficuldade se nos apresenta no que diz respeito ao nosso exame do segmento inferior da bacia; ella surge, agora, quando tivermos de medir o diametro bi-ischiatico e o bi-sciatico. Theoricamente nos parece facil esta mensuração, tendo-se em vista a facilidade com que são explorados com o dedo os ischions e as espinhas sciaticas onde se pode applicar um compasso proprio, de

braços cruzados, guiado pelo dedo, aos pontos convenientes de reparo, e ler no quadrante deste mesmo compasso, a distancia procurada; a pratica, porem, nos demonstra que independente da grande dôr que causa tal applicação, maximé nos casos de grande estreitamento pelvico onde a sensibilidade é muito maior, extraordinaria é a difficuldade de applicar as extremidades do compasso sobre esses pontos de reparo.

Esta difficuldade vem as vezes da parte dos pontos de reparo que não offerecem uma superficie susceptivel de bem se fixarem as extremidades do compasso utilisado. Assim, por exemplo, para os ischions os pontos de reparo, aos quaes devem chegar as extremidades do diametro transverso em questão, não apresentam cristas bem pronunciadas que permitam a fixação do dedo, de modo que elle resvala facilmente e muito mais as extremidades do instrumento empregado.

Para o lado das espinhas sciaticas a applicação do compasso seria trabalho difficil, horrivelmente incommodo e doloroso. Trabalhamos melhor com a polpa do dedo, dirigida obliquamente para dentro, percorrendo a parede lateral da excavação, onde sentimos a saliencia da espinha, tanto mais consideravel quanto mais flacidos estejam os ligamentos saccro-sciaticos que se deixam facilmente deprimir pelo dedo que investiga.

Para medirmos então a distancia entre os ischions e entre as espinhas sciaticas, não temos outro meio que recorrermos aos nossos dedos indicadores, que os applicamos sobre os pontos convenientes destas saliencias e pelo desvio que elles apresentam, apreciamos a distancia existente entre estes pontos.

E' um meio tadavia muito incerto, que só uma grande experiencia e pratica o reputarão de valor.

Aproveitando o auxilio que nos presta a pelvimetria externa para certos casos, podemos achar a mensuração do diametro bi-ischiatico, pelo processo muito recommendado de Tarnier. Este processo consiste no seguinte: collocamos a paciente em posição obstetrica e applicamos de um lado e do outro do soalho perineal, os pollegares, calcando as partes molles como se pretendessemos invadir o estreito inferior. Quando as partes molles estiverem bem deprimidas, mais ou menos em contacto com a parte posterior dos ischions, procuramos sentir pela apalpação os pontos destes ossos que devem estabelecer os limites do diametro transverso; marcamos com as unhas dos pollegares utilisados, estes pontos, fazemos uma correcção de 10 a 15 mil de cada lado conforme a espessura das partes molles e temos, embora de um modo incerto, a distancia do diametro bi-ischiatico.

Por tudo que ficou acima exposto comprehende-se

como insufficientes são os resultados da mensuração da bacia para assegurar o prognostico de um parto a realisar-se, ainda mesmo levando-se em conta as dimensões fetaes.

A razão é porque no estabelecimento de um prognostico em casos de pelviciação, interveem para cada caso, elementos completamente differentes que, não sendo bem determinados, não lhe permittem, portanto, uma affirmativa.

Entretanto a exploração e mensuração da bacia são indispensaveis para determinar quaes os mais importantes elementos alterados; e pois se o exame da bacia não é sufficiente para estabelecer o prognostico de um parto, muito mais difficil ainda será estabelecel-o sem esse exame.

* * *

Passemos, agora, ao estudo das dimensões fetaes.

No primeiro capitulo deste nosso trabalho, ponderamos que as dimensões fetaes, principalmente da cabeça, devem ser tomadas em consideração, juntamente com o exame da bacia, quando tivermos de estabelecer o diagnostico do parto, sobre um caso de estreitamento apresentado a nossa observação. Uma bacia muito estreitada pode ser considerada normal, se o feto for pequeno e sendo normal, em presença de um feto muito volumoso,

tornar-se para elle estreitada. Devemos, pois, estudar o volume da cabeça fetal, principalmente quando o estreitamento é do estreito superior e pode servir de obstaculo a sua descida.

P. Dubois calculava o diametro bi-parietal do feto pela epocha da gravidez, não levando em conta a variabilidade do volume que a cabeça pode apresentar e simplificando a questão da difficuldade de precisar a epocha da gravidez. Assim se o feto estava no sexto mez, seu diametro bi-parietal era de seis centimetros; sete mezes, sete centimetros, oito mezes, oito centimetros e assim por diante.

Chegamos melhor a esse resultado, empregando um dos dois processos seguintes; o de Muller Pinard ou apalpação mensuradora e o de Tarnier-Perset ou foetometria cephalica.

Vejamos cada um destes processos.

O processo Muller Pinard, praticamos do modo seguinte: depois de tomados os cuidados indispensaveis para uma bôa apalpação, como sejam a evacuação do recto e bexiga, decubito horisontal, paredes abdominaes flacidas, collocamo-nos ao lado esquerdo da paciente, trazemos a cabeça do feto para acima da area do estreito superior, se ella estiver afastada e abaixamol-a se está elevada, tanto que possivel, dando-lhe uma posição francamente transversal. Dada esta posição á cabeça, tomamol-a entre as duas mãos applicadas, uma sobre a fronte, outra sobre

o occipital e imprimimos movimentos de lateralidade, cujo fim é por os pontos diversos da cabeça em relação com o estreito superior. Em seguida levamos a mão direita sobre o pescoço do feto e com a mesma mão comprimimos a cabeça de cima para baixo, para applical-a de encontro ao promontorio sobre o qual repousa com seu parietal posterior. Fixada e ahi mantida pela mão direita, a cabeça, a outra mão dirigimos para adiante da symphyse pubiana, procurando introduzil-a entre esta e a cabeça, continuando a compressão da cabeça exercida pela mão direita de cima para abaixo.

Observamos pelas pressões moderadas produzidas pela mão sobre a cabeça fetal, seu grão de reductilidade.

Este processo tem a vantagem de não precisar do emprego de instrumento algum, mas é considerado inapplicavel nos casos da espessura as vezes consideravel das paredes abdominaes, e certa distensão do ventre, da facilidade com que o utero se contrahe e mesmo da sensibilidade peculiar a certas mulheres nervosas que não permittem tal exame. Alem disso nem todas as manobras indicadas são com facilidade executadas; a subida da cabeça para a area do estreito superior, quando está delle afastada, o abaixamento e a posição francamente transversal desta mesma cabeça,

não são tempos faceis do processo. Entretanto este processo apezar de só permittir um resultado approximativo do volume da cabeça fetal, não nos fornecendo dados absolutos das relações entre ella e a bacia, junto ao toque mensurador e explorador da bacia, pode ser considerado como capaz de prestar alguns serviços, guiando o parteiro na escolha do methodo a empregar e justificando se deve ou não opinar pela expectação.

No outro processo—o de Tarnier-Perret—necessitamos do emprego de um instrumento apropriado, denominado o cephalometro de Perret. Para praticarmos esse processo admittimos o uso deste instrumento, em razão da sua grande simplicidade e facil manejo, sem grandes inconvenientes e consequencias para o lado da paciente. E' um simples compasso de espessura, cujas duas extremidades são applicadas sobre os pontos de reparo reconhecidos previamente pela exploração do diametro a conhecer, ao mesmo tempo que sua haste graduada marca o afastamento das suas extremidades, afastamento esse que corresponde ao diametro procurado.

Com o emprego do compasso de Perret medimos atravez á parede abdominal o diametro occipto-frontal, tomado á cabeça situada acima do estreito superior, em posição transversa; determinado este diametro,

podemos achar a medida do diametro bi-parietal, deduzindo, da medida obtida para o occipto-frontal, uma quantidade fixa. Esta quantidade fixa é de 25 millimetros.

Assim, por exemplo, sabido que no feto a termo o diametro bi-parietal é menor 25 millimetros que o occipito-frontal, basta deduzir da cifra obtida para este, a quantidade 25 millimetros, para obtermos a medida daquelle.

.Como vimos, este processo não nos garante senão resultados aproximativos, pois que elle é praticado atravez a parede abdominal, que não medimos sua espessura, bem como das paredes uterinas, de modo que os resultados obtidos variam muito na pratica, onde encontramos as vezes uma differença de um centimetro entre o bi-parietal annunciado pelo compasso estando o feto no utero e o achado depois da expulsão.

Não acreditamos, pois, possivel por melhor executadas que sejam as manobras dos diversos methodos postos em pratica, não só para o exame clinico da bacia, como da cabeça fetal, que cada um delles por si só assegure perfeitamente o prognostico do parto a realisar-se. E' do conjuncto de todos elles que devemos tirar a nossa conducta.

Concluimos fazendo nossas as palavras do proficiente professor Perret que perfeitamente justificam a nossa opinião:

«Possuimos muitos methodos que nos permittem conhecer em um momento dado se o parto é possivel, facil, ou difficil, mas se nenhum destes methodos nos fornece por si só resultados rigorosamente exactos, é bem certo que elles reunidos e combinados, constituem um conjuncto de meios perfeitamente sufficientes para permittirem ao parteiro saber se elle deve ou não intervir e neste caso em que occasião o deve fazer.»

CAPITULO III

Do parto espontaneo e provocado

O conjuncto de phenomenos physiologicos e mechanicos, por meio dos quaes se opera a expulsão, pelas vias naturaes, do producto da concepção em epocha de viabilidade, constitue o que se chama o parto normal.

Quando elle se executa pelas proprias forças da mulher, denomina-se espontaneo; quando estas forças são provocadas, de modo a interromperem a gravidez, denomina-se provocado.

O trabalho do parto, declarando-se em uma mulher pelviciada, isto é, quando existe uma desproporção entre suas dimensões pelvicas e a cabeça fetal, geralmente não se realisa espontaneamente; a penetração e a descida fetaes o tornam difficil. Mas algumas vezes, a desproporção existente entre o volume

fetal e as dimensões pelvicas, não é muito consideravel, eo parto, neste caso, pode se realisar espontaneamente. Dahi a necessidade de se conhecer o desenvolvimento da cabeça fetal nas diversas phases da gestação, ao lado do grào do estreitamento pelvico, para se ajuizar da possibilidade do parto e da epocha em que deve elle ser realisado. São os dados colhidos do exame procedido sobre as dimensões dos principaes diametros pelvicos, juntamente com as dimensões fetaes, que nos dão o criterio dessa possibilidade.

O parto espontaneo, pois, nas bacias consideradas insufficientes por uma pelviciação, pode effectuar-se fora de toda a previsão, quando a disproporção, entre as dimensões pelvicas e o volume fetal, não fôr muito pronunciada.

O mechanismo por meio do qual esse parto se realisa, merece da nossa parte toda a attenção.

Tarnier, Boquel e quasi todos os parteiros francezes admittem o seguinte mechanismo nas bacias estreitadas. Figuremos o caso de apresentação do vertice que é o mais commum. Nestas bacias, o diametro antero-posterior do estreito superior, é o mais frequentemente estreitado, facto commummente observado nas bacias alteradas pelo rachitismo. Em uma bacia rachitica, pois, isto é, naquella cujo promontorio é accessivel ao dedo, o parto espontaneo é possivel e se faz do modo seguinte.

A cabeça fica, primeiramente, movel, ou apoiada sobre o estreito superior; sua exploração, neste caso, não é facil atravez do collo uterino não muito dilatado e o sacco das aguas não roto ainda. Depois, quando o sacco se rompe e o collo apresenta-se sufficientemente dilatado, verifica-se que a cabeça se fixa solidamente no estreito superior, ficando com seu grande diametro obliquamente ou quasi transversalmente dirigido.

A sutura sagital acha-se, nesta occasião, muito proxima da symphyse pubiana, tanto mais, quanto maior for a inclinação da cabeça sobre seu parietal posterior; porem com a continuação do trabalho, nota-se que a sutura sagital afasta-se pouco e pouco da symphyse pubiana, ao mesmo tempo que a excavação parece se encher com o polo descendente da cabeça, que não tinha descido ainda, porque a bossa parietal anterior estava acima do culmen pubiano.

O polo descendente da cabeça estava muito afastado do plano saccro-coccygeano, que se podia introduzir tres a quatro dedos entre este polo e o plano; agora com a descida, o polo fica a dous dedos acima desse plano.

A bossa parietal anterior vae descendo e observa-se que a sutura sagital vae se afastando ainda mais da symphyse pubiana, emquanto que a bossa parietal posterior é lançada para a concavidade do saccro, ficando separada do plano saccro-coccy-

geano por um espaço que só permitte a passagem de um dedo. A partir desse momento, a cabeça tendo descido para a excavação, vae, agora, solicitar passagem ao estreito inferior, que não lhe offerece obstaculo e o parto dahi em diante realisa-se lenta ou rapidamente segundo as forças da parturiente. E' este o mechanismo por meio do qual o parto expontaneo se produz. Deste mechanismo decorrem as seguintes deducções que agora expomos.

A descida da cabeça fetal para a excavação se faz depois que sua grande circumferencia passou atravez do estreito superior. Para isto é preciso que ella se incline, primeiramente, sobre seu parietal posterior, depois que exista uma correcção progressiva desta inclinação por descida do parietal anterior, o que se realisa graças a concavidade saccra. A sutura sagital a principio situada perto da symphyse pubiana, affasta-se progressivamente, a medida que a concavidade saccra vae se enchendo pelo polo descendente da cabeça. E' o asynclitismo posterior.

Esta descida da cabeça fetal não se realisa sem que sejam modificados, de algum modo, os phenomenos habituaes do trabalho, como por exemplo, as contrações uterinas, das quaes dependem a dilatação do collo, formação e ruptura do sacco das aguas, como tambem a progressão do feto, que não apresenta os caracteres habituaes. A descida da cabeça fetal pode se fazer promptamente em vista das

contrações energicas e repetidas do utero; e assim ella feita, o parto se faz precipitadamente, continuando intensas as contrações, tanto mais quanto o obstaculo vae sendo vencido. A descida faz-se tambem lentamente, em vista da fraqueza com que se processam as contrações uterinas, afastadas umas das outras, as vezes com alternativas de repouso, significativas de uma especie de inercia uterina, até vencer o obstaculo do estreito superior, vencido o qual a contractilidade do utero é despertada e o feto expellido.

Pode ainda a descida se fazer muito bem, sob a influencia de regulares e energicas contrações; mas uma vez vencido o obstaculo, surgindo notavel inercia, neste caso, deve-se se utilisar do forceps como se fosse para o parto normal, determinando a extracção fetal.

A dilatação do collo está em relação com as contrações uterinas, seguindo uma marcha mais ou menos regular, conforme o sacco das aguas rompe-se ou não precocemente.

A formação do sacco das aguas não se faz do mesmo modo em uma bacia estreitada e uma normal. Em uma bacia estreitada, por falta de accommodação da cabeça, existe uma larga communicação entre o polo inferior do ovo, o sacco das aguas e o resto da cavidade amniotica; o contrario se observa na bacia normal, onde a cabeça introduzida, adaptada ao

segmento inferior e á excavação, não permitte o affluxo do liquido amniotico para o polo inferior do ovo. O liquido amniotico calca e descolla as membranas situadas para adiante delle, de modo que o sacco nestas bacias apresenta-se saliente, como bem se verifica pelo toque vaginal.

O sacco das aguas assume, em certos casos, volume consideravel e vae pouco e pouco dilatando o orificio uterino; mas essa dilatação nem sempre se faz igual e regularmente, porque o orificio uterino não é unico. Examinando-se o orificio externo, vemol-o aberto, o sacco descendo por elle até a vagina, e acreditamos a dilatação perfeita, completa, quando em verdade o exame mais cuidadosamente praticado, demonstra que esta não é completa e o sacco está estrangulado no nivel do orificio interno relativamente estreitado.

E' necessario, porem, que a dilatação do collo se complete; e quando a pressão que o sacco exerce, não é sufficiente para tornar completa essa dilatação, é necessario isso obter com os dedos, alargando todo o percurso do collo, e assim, em um trabalho já demorado, vê-se a dilatação completar-se e a expulsão fetal realisar-se immediatamente. Quando o sacco rompe-se prematuramente, antes do trabalho, é a cabeça que completa a dilatação, quer por si só, quer pela presença de uma bossa sero-sanguinea, as vezes consideravel, que se forma em taes casos, alem de

outras deformações que se podem apresentar como veremos.

Estas deformações são o resultado das contrapressões supportadas pela cabeça insinuada no estreito superior estreitado, sobre as contrações uterinas energicas, e são a bossa sero-sanguinea, signaes de pressão cutanea, depressões craneanas e calvagamentos osseos.

Digamos alguma cousa, a respeito de cada uma destas deformações.

A bossa sero-sanguinea é uma especie de massa molle, arredondada, semeada de cabellos, situada a principio no polo descendente da cabeça fetal; depois, vae augmentando a medida que o parto se torna laborioso e prolongado, diffundindo-se por toda a região fetal accessivel, tomando maior extensão ao nivel da bossa parietal perto do bregma, correspondendo ao centro da area de dilatação do collo. Este augmento da bossa sero-sanguinea, torna-se as vezes muito consideravel, quando a cabeça está muito tempo fixada no estreito superior e as contracções uterinas são tambem energicas, justificando o termo de cabeça postiça (caput succedaneum) que se lhe dão. Ella desce para a vagina, onde o dedo que examina poderia a confundir com o sacco das aguas.

A bossa sero-sanguinea pode estabelecer confusão e graves erros, e é um elemento que difficulta o prognostico do parto, em virtude do embaraço que traz

á exploração da cabeça fetal e da disposição das suturas.

Os signaes de pressão cutanea apresentam-se sobre os tegumentos do feto, e são manchas ecchymoticas ou placas verdadeiras de esphacelo, situadas exactamente nos pontos de contacto mais prolongado das partes fetaes e verificadas quando o feto é expellido. Esses pontos são em geral no nivel dos temporaes posterior e anterior, correspondendo ao promontorio e ao pubis.

As outras deformações da cabeca fetal estão tambem sob a influencia das contrações uterinas que lhes trazem modificações importantes. As suturas desapparecem e os ossos que as limitam cavalgam uns sobre os outros. Os parietaes excedem um ao outro, a ponta do occipital desapparece sob elles, de modo que a fontanella triangular não existe. O resultado desse cavalgamento traz, algumas vezes, desordens para a face, como sejam edema das palpebras, echymoses sub-conjunctivaes e palpebraes e até hemorrhagias, como se tem observado.

Os ossos do craneo soffrem depressões que lhes produzem os ossos da bacia em que repousam, geralmente observadas depois de extrahido o feto. Estas depressões são produzidas nos pontos onde a pressão é mais consideravel e tomam a forma de um pequeno triangulo, correspondente ao ponto de contacto do promontorio, que é aquelle sobre o

qual, o diametro temporo-parietal, o mais attingido, vem se por em relação.

Alem destas lesões citadas para o lado da bacia fetal; a prolongação do trabalho do parto pode ameaçar a vida do feto. E' assim que, muitas vezes, o feto nascido vivo, sem apresentar signal apparente de desordem anatomica no curso do trabalho e depois, succumbe poucos momentos apos o nascimento. Pelo facto deste trabalho prolongado, o feto morre por um enfraquecimento progressivo sem mesmo ter podido respirar.

Na bacia cyphotica, os phenomenos que acompanham o parto, variam um pouco.

O trabalho a principio se faz sem perturbação, a cabeça accommodando-se bem no estreito superior, a dilatação do collo effectuando-se regularmente e o sacco das aguas rompendo-se normalmente; mas, ao chegar ao estreito inferior, a cabeça é detida ahi, máo grado as contrações uterinas, e, a expulsão fetal que deveria se fazer naturalmente, não mais se fará. Ao lado desta perturbação, em consequencia mesmo da cyphose, complicações outras podem sobrevir produzindo uma morte rapida pela presença de phenomenos pulmonares e cardiacos, que se manifestam no curso da gravidez e no momento do trabalho mais se accentuam. A cabeça parada no estreito inferior tem de ser expellida e essa expulsão feita espontaneamente, é dependente do gráo de estreitamento desse estreito.

O estreitamento sendo pouco consideravel, não havendo grande disproporção entre o volume da cabeça e o afastamento dos ischions, o parto se faz mais facilmente; o contrario observa-se quando o estreitamento é relativamente consideravel. Neste caso, a cabeça tendo de atravessar o estreito inferior e vencer o obstaculo que pode sobrevir da ponta do saccro, se ella estiver em posição occipito-pubiana, a aproximação dos ramos da arcada pubiana, comprimem-na consideravelmente e é preciso um abaixamento da sua parte posterior para haver passagem entre os ramos ischio-pubianos.

O diametro bi-parietal para passar pelo bi-ischiatico, tem de soffrer uma inclinação As bossas parietaes descem uma apos outra, dando á cabeça uma obliquidade verificada quando ella chega ao soalho perineal. Se a cabeça está em posição occipto saccra as difficuldades a vencer são menores. A extremidade frontal por sua forma mais ou menos acuminada adapta-se melhor á arcada, que o occiput, e o diametro bi-parietal em lugar de ficar no espaço inter-ischiatico, onde a arcada pubiana é muito estreita, resvala para atraz, correspondendo assim ao diametro transverso do estreito inferior.

O parto espontaneo nas bacias cujo estreitamento está localisado sobre o estreito inferior, é muito mais facilmente executado, que naquellas em que o estreitamento é do estreito superior.

Nestes casos pode se dar, muitas vezes, a rutura parcial ou total do perinêo, partindo a rutura ou da forqueta vulvar, ou do cento do perinêo.

Na bacia asymetrica, quer do typo obliquo ovalar de Noegele, quer do typo obliquo ovalar consecutivo a um desvio da columna vertebral, a cabeça fetal orienta-se de tal modo que seu maior diametro coincide com o maior do estreito superior. O occiput dirige-se para a parte mais larga do arco pelvico e a descida para a excavaçao se faz facilmente, á larga, o contrario do que se daria, se seu maior diametro correspondesse ao diametro obliquo. Chegada á excavação ella passa ao soalho perineal e sae com seu occiptal voltado para o lado normal da bacia, executando um movimento de rotação para livrar-se da proeminencia do ischion e da saliencia da espinha sciatica.

Pelo que deixamos exposto acima, concluimos que o parto espontaneo é possivel nas bacias viciadas, particularmente nas rachiticas, em consequencia de certos phenomenos que nellas se produzem, quando não ha grande disproporção entre o volume da cabeça fetal e o estreitamento pelvico.

Resta-nos agora, conhecermos o prognostico do parto nestas mesmas bacias.

A pelvimetria e a cephalometria empregadas, dão-nos o gráo do estreitamento pelvico e o volume da cabeça fetal, permittindo que estabeleçamos o

prognostico do parto nestas bacias, pelos resultados colhidos das mensurações; mas esses resultados são approximativos, imprecisos e não permittem um prognostico seguro.

Admittamos, então, a seguinte classificação, que nos parece melhor permittil-o, de bacias rachiticas em 3 gráos, baseada nas dimensões do diametro antero-posterior do estreito superior, sendo normaes as dimensões da cabeça fetal.

1.º Diametro antero-posterior medindo mais de 9 $1/2$ centimetros: o parto é perfeitamente possivel, mesmo facil.

2.º Diametro antero-posterior, medindo 9 $1/2$ à 8 centimetros: o parto é sujeito a dificuldades ou accidentes.

3º Diametro abaixo de 8 centimetros: o parto é geralmente impossivel precisando de intervenção.

Mas esta classificação não nos satisfaz plenamente, porque ha casos em que, a bacia apresentando dimensões superiores a 9 $1/2$ centimetros, o parto não se termina sem uma intervenção e outros, em que o feto em termo, atravessa sem incidente, diametros pelvicos de dimensões inferiores, as estabelecidas pela classificação. O estreitamento pelvico fica sendo, pois, em vista do exposto, um elemento de ordem secundaria: em maior conta se deve ter a bôa ou má inclinação da cabeça durante o trabalho.

Assim, para formularmos um prognostico em

taes casos, não devemos exclusivamente contar com o gráo do estreitamento pelvico que nos offerece a classificação acima alludida, mas devemos considerar o modo porque se faz a inclinação da cabeça fetal durante o trabalho. A cabeça inclinando-se mal o parto é difficil; se a inclinação é bôa o parto, é possivel. A cabeça estando bem inclinada, para que o parto se realise, é preciso que as tres seguintes condições estejam reunidas: 1ª que não haja disproporção entre a cabeça fetal e o gráo de estreitamento pelvico; 2ª que a excavação esteja disposta de modo que os phenomenos necessarios á penetração se produzam bem; 3ª que os phenomenos do trabalho se executem regularmente.

A primeira condição fica resolvida com a applicação da classificação das bacias em gráos, acima referida. E' ella que nos serve de criterio, e assim verificado um estreitamento medindo 9 $^1/_2$ centimetros para mais, sendo as dimensões da cabeça fetal normaes, contando-se ainda com a possivel reducção, muitas vezes observada, da cabeça, sem prejuizo para o feto, não temos motivos para receiar que o parto não se realise.

O gráo de estreitamento pelvico sendo abaixo de 8 centimetros, o feto em termo, e as dimensões da cabeça suppostas normaes, existe disproporção entre essa cabeça e a bacia, e portanto não devemos esperar que o parto nestas condições, se realise espontanea-

mente, sabido que abaixo desta cifra elle é geralmente impossivel, precisando de intervenção.

Para a segunda, temos a considerar o estado da concavidade saccra. Sabemos que a descida da cabeça fetal em uma bacia muito estreitada pode ser feita ou a custa de uma inclinação consideravel della, ou a custa de uma reducção do diametro temporo parietal, com a condicção de que a concavidade do saccro permitta a restituição do diametro temporo parietal pelo bi-parietal que vem se collocar em relação com o semi-saccro-pubiano normal; ora sendo tudo assim possivel, a excavação deste modo disposta, o prognostico do parto é favoravel. O mesmo não acontecerá sendo o diametro semi-saccro-pubiano e o antero-posterior da bacia estreitados e incerto o grão de reducção possivel do diametro bi-parietal.

Na ultima, emfim, havendo boa disposição da cavidade saccra, não existindo disproporção entre o volume da cabeça fetal e as dimensões da bacia e os phenomenos que acompanham o parto se executando bem, este se realisará perfeitamente; ao contrario elle não se pode bem realisar, quando occorrer uma alteração qualquer destes phenomenos, quer do lado da parturiente quer do feto, ficando mudado bruscamente de caracter o quadro. Em regra geral, pelo menos no começo, os phenomenos do trabalho são analogos aos que se observam no curso do parto normal, e o trabalho estabelecendo-se bem, as contra-

ções regularmente manifestando-se, o sacco das aguas, a bossa sero-sanguinea formando-se normalmente, permittem um prognostico favoravel. Mas estes phenomenos podem soffrer uma tal ou qual alteração, considerados isoladamente, do lado da mulher, ou do feto, mudando assim o prognostico do parto.

Assim por exemplo as contrações uterinas podem se apresentar um pouco differentes das que se observam normalmente, podendo serem ou insufficientes ou exageradas. O modo pelo qual ellas se realisam variam não só de uma mulher para outra, como de um parto para outro. As vezes apresentam-se dolorosissimas, muito lentas, irregulares, e, este excesso de dôr, lentidão, irregularidade, influe sobre o estado nervoso da mulher; as vezes extremamente intensas, repetidas incessantemente chegando a um estado de contractura tal do utero, que determina a ruptura deste orgão, compromettendo altamente a circulação do feto que vem a morrer, constituindo este facto um ameaço á vida da mulher pelas complicações infectuosas possiveis. Quer as contrações lentas, muito e muito espaçadas toquem á inercia, quer ellas sejam energicas, continuas e cheguem a um grande estado de contractura uterina, verdadeiro tetanismo, a mulher no qual a descida fetal não se fez ainda, fica sujeita ao esgotamento nervoso, a uma fadiga levada ao extremo, que lhe determina o trabalho das contrações demorado, a ponto de succumbir em um

collapso. Outras vezes, as contrações energicas determinam a ruptura do utero, geralmente no nivel do seguimento inferior.

Essa ruptura é produzida por forte arranco, ou porsecção directa dos tecidos, pelas pontas e arestas cortantes do estreito superior de certas bacias viciadas, onde ellas são frequentes.

Algumas vezes essa ruptura estende-se até a vagina, como succede nos casos em que o collo dilatado, a cabeça collocada acima do estreito superior, as contrações uterinas determinam uma distensão vertical das paredes do segmento inferior, de cima para abaixo, distensão que se propaga até a vagina.

O canal formado pela continuidade do segmento inferior do utero e da vagina, vae se alongando mais e mais, e se o obstaculo á passagem persistir, as contrações succedendo-se com energia determinam a ruptura de todo esse canal.

Ao lado da ruptura uterina, outras complicações podem surgir em consequencia das contrações uterinas energicas, que poem em perigo a vida da parturiente, como sejam retensão da urina, echymoses das paredes uterinas, placas de esphacelo, fistulas, ulcerações e rupturas da vagina, vulva ou do contorno do collo.

Estas lesões, complicam-se gravemente com as infecções que podem apparecer nestas erosões e com as communicações que os canaes fistulosos

estabelecem do utero á bexiga e da vagina ao recto, por meio de uma perfuração immediata dos tecidos, ou pela queda de uma escara que interessava a parede commum destas cavidades visceraes adjacentes.

O feto neste meio improprio, accessivel aos germens vindos de fora, mergulhado no liquido amniotico infectado, morre, e o cadaver do feto putrificando-se rapidamente, os productos putridos invadem o organismo materno com muita facilidade determinando-lhe manifestações septicas graves, das quaes resultam muitas vezes a morte da parturiente

A demora do trabalho ameaça a vida do feto, que, em um grande numero de casos, succumbe quando não se intervem em tempo.

O sacco das aguas estando em perfeito estado, a vida do feto, por assim dizer, não corre grande risco; elle é sua melhor salvaguarda. Quando porem, elle se rompe, as contracções incessantes, intensas, do utero, determinam a asphyxia do feto pela interrupção da circulação utero placentaria.

A morte do feto está tambem sob a dependencia das manobras operatorias para sua extracção.

Em taes casos, o prognostico para o feto é grave e o parteiro deve estar de sobreaviso para intervir e deve fazel-o immediatamente, pois que, a simples demora do trabalho, põe em perigo sua vida e a da parturiente.

Para isso torna-se necessario o exame da parturiente, na qual a acceleração do pulso, a seccura da lingua, a sensação de calor, devem constituir para o parteiro o momento preconisado para a intervenção, e o do feto, no qual elle cuida do tempo decorrido em trabalho, para tirar dahi uma conclusão, um elemento de prognostico, e tambem da auscultação fetal, que deve ser feita frequentemente e é considerada indispensavel para indicar se ha ou não soffrimento fetal.

O prognostico do parto espontaneo nestas bacias, é muito mais de receiar para o feto, que para a parturiente.

Quando a bacia é asymetrica o prognostico do parto, depende do modo pelo qual a cabeça penetra. Quer a cabeça oriente-se mal no estreito, seguindo seu pequeno diametro, quer, apezar da extensão sufficiente do grande diametro obliquo, a estreiteza da chanfradura saccro iliaca não permitta a cabeça utilizar-se desse diametro, os phenomenos que se produzem são iguaes aos que se passam nas bacias rachiticas que estudamos, acompanhados, porem, de complicações, quer do lado da parturiente, quer do lado do feto, que são muito de inspirar cuidado.

Nos casos raros onde o estreitamento está localisado no estreito inferior, o parto terá necessariamente, para a parturiente e para o feto, as mesmas complicações, notadamente os traumatismos

craneanos e ruptura uterina. Convem, porem, distacar aqui uma complicação especial, que é a disjuncção da symphyse pubiana, complicação essa, que, comquanto produza ruptura dos orgãos visinhos, não impede o parto de realizar-se.

As considerações que fizemos acima sobre a demora do trabalho, teem aqui tambem sua applicação.

Os casos de estreitamento do estreito inferior e as complicações que os acompanham são muito raros. O parteiro deve pensar no relachamento das symphyses pubianas, que dão muito espaço ás paredes da excavação afastando assim as saliencias osseas do estreito inferior, quando tiver de fazer o prognostico em um caso de estreitamento do estreito inferior, onde lhe parecendo desfavoravel, é em realidade favoravel pelas rasões acima expostas.

O parteiro, pois não deve expor, á primeira vista um prognostico desfavoravel; deve esperar o trabalho, aguardar os acontecimentos, intervindo quando uma indicação nitida de uma complicação a tal o obrigar.

O prognostico do parto pode ser considerado mais favoravel para os estreitamentos do estreito inferior que para os do estreito superior.

*
* *

O parto provocado consiste em determinar de um modo artificial, a expulsão fetal em um momento julgado opportuno pelo parteiro. A escolha desse

momento está dependente de certas condições que mais adiante estudaremos.

O papel do parteiro em frente a um caso em que se verificou a existencia de uma pelviciação, varia se elle foi consultado no momento do parto onde não ha outra indicação a fazer que a intervenção conveniente, ou o foi no curso da gravidez. Neste ultimo caso, sua conducta ainda pode variar, conforme elle julga conveniente que a gravidez deva chegar ao termo, expondo assim a parturiente e o feto aos perigos que podem advir das intervenções necessarias, facto que deve muito preoccupar seu espirito, porque lhe cumpre o dever de zelar pela vida de ambos os seres—parturiente e feto—, ou ao contrario, prevendo táes perigos, propõe para salvaguardar essas vidas, o parto provocado.

O parto provocado realisado dentro de certos limites não traz prejuizos para nenhuma das partes, como demonstram as estatisticas apresentadas por Paul Bar.

Estes limites dependem do gráo de estreitamento pelvico, tempo da gravidez e volume da cabeça fetal. Sobre o gráo de estreitamento pelvico e o tempo da gravidez, os dados que podemos dispor não nos garantem absoluta segurança; primeiro pela impossibilidade de apreciarmos com precisão sufficiente as dimensões do diametro antero-posterior do estreito superior e sabermos qual a reducção exata que se

deve fazer no resultado obtido pela pelvimetria praticada, portanto resolver o grão certo do estreitamento; e segundo pela imprecisão dos dados, fornecidos pela parturiente da epocha approximada da suspensão do fluxo catamenial e mesmo dos que a apalpação procedida pode fornecer.

Resta-nos, agora, o volume da cabeça fetal, que é o principal. A apalpação mensuradora pelo cephalometro de Perret permitte até certo ponto, chegarmos a um resultado satisfatorio.

Admitte-se geralmente que, havendo um certo estado de adiantamento da gravidez, o diametro bi-parietal do feto apresenta tantos centimetros ou fracções do centimetro, quantos mezes ou fracções do mez tem a gravidez. Assim, por exemplo, elle medirá 8 centimetros approximadamente, se a gravidez estiver no oitavo mez; 7 $^1/_2$ centimetros, 7 mezes e meio e assim por diante.

Admitte-se tambem, que o diametro bi-parietal tendo dimensão igual a do diametro antero-posterior do estreito superior, a cabeça pode espontaneamente franquear esse estreito, e, pois, o parteiro em tempo prevenido, pode provocar o parto no oitavo mez, sendo de oito centimetros o diametro antero-posterior. Entretanto a pratica demonstra que os resultados da mensuração da cabeça fetal são infieis, hypotheticos na maioria dos casos e o que é mais conveniente é observar cuidadosamente todos os

dias a parturiente, apreciando as modificações que ella pode apresentar, afim de podermos tomar uma resolução rapida, decidindo provocar o parto quando surja uma perturbação qualquer.

E' deste modo, isto é, a parturiente sendo inspeccionada diariamente por um parteiro competente, que saiba intervir no momento opportuno, que os resultados desse methodo podem ser coroados do melhor successo.

A mortalidade fetal consideravel que as estatisticas apresentam dos casos de parto provocado, não deriva tão somente da estenose pelvica, mas de outros diversos factores, como sejam rigidez das partes molles, principalmente nas primiparas, lentidão do trabalho, traumatismos durante a extração, infecção, etc.

Para julgarmos do valor do parto provocado não devemos, pois, considerar a cifra da mortalidade fetal englobadamente, e sim separadamente de cada um destes factores que contribuem para augmental-a. O melhor juizo é aquelle que se baseia sobre as dimensões da bacia, pois são estas que exigem o momento de intervenção do parteiro.

Os resultados do parto provocado nas bacias cujo diametro promonto-pubiano-minimo é menor que 8 centimetros, são sempre de mortalidade fetal consideravel. A lentidão do trabalho acompanhada de procedencia do cordão, ruptura prematura do sacco das

aguas, apresentação viciosa, rigidez das partes molles, muito communmmente observada nas primiparas, debilidade congenita do feto, soffrimento deste no no periodo de extracção e infecção *in utero* por ter aspirado materias septicas, são outras tantas causas que augmentam a mortalidade fetal.

Essa mortalidade fetal assim encarada, é a que figura nas diversas estatiscas postas á publicidade, algumas das quaes aqui apresentamos.

Dohrn encontrou uma media de 39,99 °/₀.

Beuttner 34.41 °/₀.

Vogt em 24 casos, achou a media de 33,33 °/₀,

Pinard nos 100 casos que observou obteve a media 32 °/₀.

Ahlfeld sobre 111 casos observados, a mortalidade foi de 29,61 °/₀.

Tanbert sobre 18 partos provocados achou uma media de 22 °/₀.

Gueniot, em 23 casos de parto que provocou, obteve a media de 13,04 °/₀.

Comparando os resultados contidos nestas diversas estatisticas, verificamos, com effeito, que elles não são animadores e que o parto provocado visando salvar o feto, deixa-lhe uma mortalidade media de 30 °/₀ tão pouco vantajosa, que melhor fora se o abandonassemos definitivamente Mas, repetimos, o valor do parto provocado não se julga pelo coefficiente da mortalidade fetal em conjunto; separemos as causas varias que

podem determinar a morte do feto de que ja falamos acima, tomemos em consideração as dimensões da bacia que veremos então esta media baixar.

Estudemos, pois, as dimensões pelvicas; e para nosso melhor estudo sigamos a classificação apresentada por Bar das bacias em cinco categorias, segundo as dimensões do diametro antero-posterior do estreito superior e vejamos os resultados obtidos com o parto provocado em cada uma destas categorias.

Bacias de 61 a 70 milimetros. Dentro deste limite o feto nascendo vivo, sucumbirá pouco tempo depois em virtude de sua fragilidade. Essa fragilidade em vista do emprego das incubadoras, pareceu a principio de uma importancia secundaria, razão pela qual se aconselhava provocar o parto o mais cedo que possivel, porque assim, o feto com dimensões pequenas atravessaria facilmente uma bacia tendo menos de 70 $^m/_m$ no seu diametro antero-posterior.

Actualmente, porem, o valor destas incubadoras está posto de lado nas bacias com estas dimensões, que se não conta com ellas para tal fim.

A estatistica publicada por Belluzi sobre 5 casos de parto provocado medindo o diametro antero-posterior 70 $^m/_m$, dos quaes um feto conseguio viver, fallecendo os quatro nos primeiros dias, e a publicada por Pinard, na qual vimos que de oito casos, cinco fetos nasceram mortos, dous morreram logo depois

do nascimento e um só viveu, provam que o o parto provocado nestas bacias só traz inconvenientes e funestas consequencias como bem demonstra a mortalidade acima apontada Estas estatisticas offerecem uma media de 71 a 95 °/₀ que é realmente desanimadora. Os perigos corridos pelo feto são sempre grandes quer no momento do trabalho, quer depois do nascimento, razão porque Bar o rejeita em absoluto nestas bacias.

Bacias de 71 a 80 milimetros. Nestas, os resultados obtidos dão uma media de mortalidade fetal de 65,15 °/₀, segundo as estatisticas de Belluzzi e de 33,33 °/₀ segundo as de Pinard. Provocar o parto nos limites de 71 a 80 m/m é uma pratica arriscada para o feto, quer pela lentidão excessiva com que se processa o trabalho, quer pela intervenção tardia ou prematura de que se possa lançar mão, ou ainda pelas difficuldades da extracção.

Bacias de 81 a 90 milimetros. A partir destes limites o parto provocado apresenta-se com probabilidades de melhores resultados.

Bar praticou 44 vezes o parto provocado nas bacias que mediam 81 a 90 m/m, obtendo o seguinte resultado: 5 natimortos, 4 mortos após o nascimento e 35 vivos sahidos do hospital.

Elle devide esta categoria em duas series; uma de 86 a 90 m/m e outra de 81 a 85 m/m. Na primeira, o parto provocado é um excellente methodo não

se hesitando em pratical-o em vista dos resultados obtidos e da media estabelecida de 12 %. Na segunda não tanto; a media é maior, eleva-se a 31,57 % e não se pode dar uma regra geral que lhe possa servir de criterio para pratical-o.

Mais vantajosamente o praticamos, quanto mais proximo de 85 m/m estiverem as dimensões do diametro minimo e mais timidamente, quanto mais proximode 81 m/m estiverem as dimensões do mesmo diametro.

Assignala Bar que dos 44 casos por elle praticados, 28 foram de parto espontaneo, e, analysando esses diversos casos, do ponto de vista do parto espontaneo, chegou a conclusão de que as probabilidades delle, augmentam a medida que as dimensões pelvicas são augmentadas.

Igualmente o perigo que o feto corre pelo facto das intervensões, decresce quando as bacias tornam-se grandes e a razão está em que o feto fica mais forte, resistindo melhor aos accidentes do trabalho; sua fragilidade diminuida supporta melhor as manobras da extracção e sendo menor o estreitamento do diametro antero-posterior do estreito superior, menor é o do estreito inferior, o da excavação e menor ainda a rigidez das partes molles.

Bacias de 91 a 100 milimetros. O parto provocado realisado 23 vezes nestas bacias, foi 16 vezes espon-

taneo, só havendo um caso de morte do feto devido as suas dimensões extraordinarias e um peso de 3520 grammas de que elle era possuidor, a bacia medindo 93 $^{m}/_{m}$ no seu diametro minimo. Entretanto, Bar aconselha esperar o termo da gravidez nas bacias dentro dos limites acima referidos, só se intervindo quando for consideravel o volume do feto e os partos anteriores tenham sido difficeis.

As estatisticas de Knapp, Williams, Pinard, reunidas aos dados de observação pessoal de Bar, demonstram que se deve esperar nas bacias de 91 a100 $^{m}/_{m}$ o parto em termo e que os perigos de morte do feto ficam nos limites de 10 a 14 $^{o}/_{o}$.

Bacias de 101 a 110 milimetros. Sob estes limites o feto sempre nasce vivo, a parturiente tendo-o sem intervenção, ou com esta pela aplicação do forceps, versão, mas sem compromisso serio para elle.

O parto provocado nestas bacias, não se faz necessario, a menos que a historia dos partos anteriores nos revele difficuldades particulares no curso do trabalho, caso em que não se deve hesitar em pratical-o alguns dias antes do termo da gravidez.

Do que deixamos acima exposto, comprehende-se que o parto provocado pode ser realisado dentro de determinados limites.

Morisani, que expoz sua opinião no Congresso realisado em Roma, estabelece que nas bacias, cujo

diametro promonto-pubiano medir 70 a 81 $^m/_m$, o melhor é esperar o termo e praticar a symphyse otomia; nas outras onde esse diametro é maior, de modo a permittir a expulsão do feto na primeira ou segunda semana do nono mez, é mais util o parto provocado que a symphyseotomia.

Budin e Tarnier resumem no quadro que abaixo inserimos, as principaes indicações que julgam se deva usar nas deformações, baseadas no gráo do estreitamento.

De 11 á 9 $^1/_2$ esperar o termo salvo em caso de volume do feto ou antecedentes dystocicos.
De 9 $^1/_2$ á 8 $^1/_2$ provocar o parto.
De 8 $^1/_2$ á 7 $^1/_2$ parto prematuro artificial e em caso de necessidade praticar a symphyseotomia.
De 7 $^1/_2$ á 6 $^1/_2$ parto prematuro artificial em tempo, provocar tardiamente o parto e se houver necessidade, symphyseotomia.
De 6 $^1/_2$ á 5 $^1/_2$ provocar o parto e fazer a symphyseotomia.

Bar formula com precisão as seguintes regras que elle julga de boa pratica; nas bacias de mais de 90 $^m/_m$, praticar-se o parto provocado; abandonal-o

nas bacias de menos de 80 $^{m}/_{m}$; entre 80 e 90 $^{m}/_{m}$, agir conforme o caso apresentado.

Boquel pensa que o parto provocado deve ser realisado, depois de conhecido o volume da cabeça fetal e o comprimento do diametro promonto-pubiano minimo. Se este estiver comprehendido entre 85 e 90 $^{m}/_{m}$ a concavidade saccra sendo normal, pode-se pratical-o no curso do oitavo mez e meio de gravidez cuidando cada dia, a partir do começo do oitavo mez, do augmento progressivo do feto, prompto a intervir no caso de necessidade por uma operação, de preferencia pela versão. Elle estabelece provocar o parto em qualquer dos dous casos seguintes: sendo primiparas, gravidas em o oitavo mez á o oitavo mez e meio, sendo um feto relativamente desenvolvido; sendo multiparas, gravidas em o oitavo mez e meio, nas quaes os partos anteriores a termo têm sido longos e os fetos foram nati-mortos ou morreram algum tempo depois do nascimento.

Conclue considerando o parto provocado um methodo de excepção só se o devendo empregar nos casos onde o estreitamento é pouco consideravel e malformações coexistentes interveem complicando á gravidez e ameaçando a vida da parturiente, como succede ás scolioticas, poticas, ás de deformações thoracicas, rachidianas, nas quaes esses diversos estados pathologicos trazem consequentemente perturbações graves nas funcções respira-

torias e circulatorias. Não pensamos do mesmo modo e somos, com Paul Bar, fieis ao parto provocado nos limites por elle preconisados. Preferimos os pequenos perigos que podem succeder ao feto na pratica desse methodo, aos mais graves que soem surgir para a parturiente e para o feto, com a espectação e as intervenções necessarias.

OBSERVAÇÃO I

M. M. da C. preta, solteira, serviço domestico, natural da Bahia, de 25 annos de idade, primipara.

Antecedentes hereditarios. Pae morto, ignorando a causa, mãe viva e forte; não tem irmãos.

Antecedentes pessoaes. Sempre foi muito sadia na sua juventude. Tem compleição regular e teve ha dous annos variola, cujos signaes ainda se apresentam claramente. Não teve syphilis.

Estado actual. Habitualmente é bem regrada, ignora o mez em que faltaram os catamenios e a epocha em que sentiu os movimentos fetaes. Teve muitas das perturbações que acompanham geralmente o estado gravidico, destacando-se dentre estas, os vomitos constantes, que tomaram o caracter de incoerciveis pela sua persistencia.

Diagnostico. Examinamos a parturiente no dia 6 de Setembro e formulamos pelos dados que nos forneceram o interrogatorio, inspecção, apalpação, auscultação, o seguinte diagnostico que foi confirmado por occasião da expulsão fetal: gravidez simples e topica, no curso do 9° mez, feto vivo, apresentação do vertice em posição O.I.E.A. sexo feminino.

Estando a parturiente no curso do 9° mez e sendo primipara, chamou-nos a attenção o facto do grande balouço nesta epocha e da posição alta da cabeça que encontramos, pelo que desconfiamos logo do estado da bacia e medimol-a.

Pelvimetria. Praticamos a mensuração da bacia e encontramos as seguintes dimensões:

Bi-trochanteriano . .	29 centimetros
Bi-cristico . . .	24 »
Bi-espinhoso . . .	22 »
Baudelocque . . .	18 1/2 »
Diagonal	11 »

Estas dimensões estão mais ou menos aproximadas das normaes, excepto a do diagonal, que se pode consideral-o, por esse motivo, ligeiramente estreitado.

Parto. O trabalho do parto começou no dia 27 as seis horas da tarde, evidenciando-se pela dor classica das cadeiras. Foi longo, demorado em todos seus tempos, principalmente no terceiro e no quarto, concluindo-se as 12, 35 minutos da manhã do dia 29. O diagnostico foi confirmado plenamente, até relativamente ao sexo que prognosticamos feminino

Delivramento. O delivramento fez-se espontaneamente, terminando as 12, 40 do mesmo dia.

Feto e annexos. O feto nasceu em estado de morte apparente. Fizemos a respiração artificial que pouco adiantou. A 1 1/2 da manhã o feto começou a respirar, notando-se grande frequencia dos movimentos cardiacos. Pelo exame que praticamos, verificamos grande cavalgamento dos ossos parietaes, pronunciada hyperemia dos membros inferiores e o pavilhão da orelha esquerda bastante arroxeado. Os annexos estavam perfeitos. Foram estas as dimensões do feto e dos annexos.

FETO

Peso	2, 864	grammas	Comprimento	51	centimetros
DIAMETROS DA CABEÇA			DIAMETROS DO THORAX		
O. F.	11 1/2	cents.	Bis. A.	11 1/2	»
Sub. O. B.	9 1/2	»	DIAMETROS DA BACIA		
Sup. O. M.	13 1/2	»	Bis. I.	8	cents.
M. B.	9	»	Bis. T.	9	»
Bi. T.	8	»	S. B.	5	»
Bi. P.	9 1/2	»			

Circumferencia da cabeça . . .	35 1/2 cents.
Circunferencia do thorax . . .	33 cents.

ANNEXOS

Peso da placenta 600 grams		Cordão	magro
Forma	circular	Inserção	lateral
Dimensões	20×20	Comprimento	42 cents.

Puerperio. O estado puerperal correu regularmente, mantendo-se sempre normaes a temperatura e as pulsações. A parturiente e a creança retiraram-se perfeitamente sadias, no dia 12 de setembro.

OBSERVAÇÃO II

J. R., de 19 annos, preta, solteira, occupação domestica, natural da Bahia, teve duas gestações, catamenios regulares, um abortamento do 6º mez.

Antecedentes hereditarios. Pae e mãe mortos ignorando porem a «causa mortis» de ambos; possue uma unica irmã que está viva e tem boa saude.

Antecedentes pessoaes. Durante a sua infancia, apezar de ter uma compleição franzina que até hoje possue, se não recorda tér tido molestia alguma de carater grave, ou de outra qualquer enfermidade infecto-contagiosa. Não apresenta manifestação alguma de caracter syphilico, não possue tambem erosões para o lado da pele etc.

Estado actual. Interrogada sobre o incommodo menstrual disse-nos fazer-se elle com regularidade e que o ultimo havia desapparecido em Março; não notamos perturbações, para o lado do apparelho digestivo, como fossem vomitos, procurando mesmo saber se na sua prenhez primeira, não tivera os vomitos cha-

mados incoerciveis: appetite bom, não notamos a constipação bastante frequente nas senhoras gravidas; ausencia de perturbações para o lado do systhema nervoso, caracterizadas por lypothimias, tendencias syncopaes, somno etc. Indagámos sobre os movimentos na cavidade abdominal, sendo affirmativas as suas respostas, e que eram completamente indolores.

Diagnostico. Colligindo os differentes signaes fornecidos pelo interrogatorio, inspecção, percursão, apalpação, auscultação e toque, chegamos a conclusão de tratar-se de uma gravidez simples e topica, no curso do 9º mez, feto vivo, apresentação cephalica, posição occipto iliaca esquerda anterior.

Prognostico. De accordo com os dados colhidos pelo exame obstetrico, chegamos a conclusão de um prognostico desfavoravel, o que finalmente não aconteceu, como tivemos ensejo de observar com o trabalho da expulsão.

Pelvimetria. Procedendo a mensuração da bacia, tivemos occasião de notar anormalidades para o lado dos diametros, para a qual empregamos a pelvimetria armada ou instrumental servindo-nos do pelvimetro de Baudelocque. Assim é que procedendo, encontramos as seguintes dimensões

Bi-trochanteriano . .	25	centimetros
Bi-cristico . . .	22	»
Bi-espinhoso	19	»
Saccro-pubiano ou de Baudelocque	20	»
Diagonal	12	»

Do exposto chegamos a conclusão de estarmos em frente a uma bacia francamente viciada, e, por este facto, ficamos de sobreaviso para o trabalho do parto.

Parto. No dia 6 de Dezembro de 1909 iniciou-se o trabalho do parto na nossa doente, evidenciando-se por dores nas cadeiras e perda de liquido, queixando-se ella das primeiras contracções dolorosas e intermittentes. A's duas horas da tarde, deu-se a ruptura do sacco das aguas e logo após a descida da cabeça, começando o trabalho de expulsão nas condições mais normaes, nas-

cendo a cabeça e apòs esta o tronco, sem que houvesse o menor incidente a lamentar.

Os quatro primeiros tempos extremamente rapidos, dando o 5º tempo a rotação externa da cabeça para a perna esquerda da mulher, confirmando de alguma sorte o diagnostico por nós feito de apresentação cephalica, posição O. I. E. A.

Delivramento. O delivramento fez-se expontaneamente cinco minutos após.

Feto e annexos. O feto nasceu em bôas condições vagindo logo após o nascimento e não trouxe circulares. Nos annexos nada encontramos que nos despertasse a attenção e assim procedemos a mensuração dos annexos, e no outro dia o fizemos no feto, onde encontramos os seguintes numeros:

FETO

Peso	2,270	grammas	Comprimento	46	cents.
DIAMETROS DA CABEÇA			DIAMETROS DO THORAX		
O. F.	12	cents.	Circumferencia	29	cents.
Sub. O. B.	8	»	Bis. A.	13	»
Sup. O. M.	11	»	DIAMETROS DA BACIA		
M. B.	12 1/2	»	Bis. I.	8 1/2	cents.
Bi. T.	11	»	Bis. T.	9	»
Bi. P.	12	»	S. B.	8	»

Circumferencia da cabeça . . . 32 1/2 cents.

ANNEXOS

Peso da placenta	600 grams.	Cordão	magro
Forma	circular	Incerção	marginal
Dimensões	17×16	Comprimento	49 cents.

Estado puerperal. O puerperio da nossa doente nos 8 primeiros dias conservou-se o melhor possivel. Oito dias depois, appareceu a doente com febre, ligeiro calefrio que cederam com a injecção de electralgol, retirando-se a doente, depois, completamente bôa.

D.do Oscar de Paula Guimarães.

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I A bacia é um conjuncto osseo, comprehendido entre o tronco e os membros inferiores, constituido pelo saccro, coccyx e ossos iliacos, ligados entre si pelas articulações saccro-iliaca, saccro-coccygeana e symphyse pubiana.

II Este conjuncto osseo é dividido por uma linha circular—o estreito superior—em duas porções —a grande bacia e a pequena bacia—.

III A grande bacia apresenta a forma de um funil e é separada da pequena pelo estreito superior; a pequena reveste a forma de um canal e está comprehendida entre o estreito superior e o inferior.

ANATOMIA MEDICO CIRURGICA

I O utero acha-se situado na excavação, entre a bexiga e o recto, superiormente coberto pelas dobras do intestino delgado e inferiormente ligado á vagina por intermedio do collo.

II E' o orgão encarregado de receber, proteger, nutrir e expellir o producto da fecundação.

III Este orgão affecta as formas triangular, espherica, piriforme e ovoide, a medida que se desenvolve; apresenta-se liso, e compoe-se de tres camadas, uma externa de fibras longitudinaes e transversaes, uma media vascular e uma interna de fibras circulares.

HISTOLOGIA

I As fibras cellulas do utero em estado de vacuidade, são constituidas por um corpo cellular, cujo protoplasma é reticulado e um nucleo.

II As malhas deste protoplasma são cheias de um hyaloplasma abundante, coravel pelo carmim.

III A hypertrophia destas cellulas consiste na producção de um novo protoplasma e no augmento de todos os elementos componentes deste protoplasma.

BACTERIOLOGIA

I A cavidade uterina nos partos normaes é completamente desprovida de germens pathogenos.

II Os lochios contêm microbios diversos na proporção de 85 °/₀.

II As especies microbianas encontradas nos lochios mais frequentemente, são streptococcus gonococcus, staphylococcus, bastonetes, anaerobios não especificados etc.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I O utero durante a gravidez vae hypertrophiando-se pouco e pouco para accommodar o feto.

II A hypertrophia é devido ao augmento de volume e numero da fibra muscular, e ao exagero da circulação sanguinea e lymphatica.

III Esta hypertrophia, reunida ao desenvolvimento do feto e seus anexos, determina o augmento de volume do abdomen.

PHYSIOLOGIA

I A lactosuria observa-se frequentemente nas mulheres gravidas algumas semanas antes do parto, ou pelo menos nos ultimos dias que o precedem.

II A quantidade de assucar depende da actividade funccional da glandula mammaria a que está ligada.

III A doze encontrada oscilla de 1 gramma a 2 por litro.

THERAPEUTICA

I Medicamentos emmenagogos são aquelles que gozam da propriedade de provocar a congestão da mucosa uterina, e portanto de produzir ou exagerar o fluxo catamenial.

II Não ha medicamento capaz de provocar o fluxo menstrual fora da epocha desse fluxo.

III A mór parte das substancias consideradas como emmenagogas, agem indirectamente sobre o fluxo menstrual e produzem seus effeitos pela acção directa que exercem sobre a economia, dispondo-a de modo que a funcção se estabeleça normalmente.

HYGIENE

I O quarto da parturiente deve ser espaçoso, claro e desembaraçado de tapetes, quadros, moveis, etc. e conter todo material perfeitamente esterilisado para o trabalho.

II O leito deve ser collocado no meio do quarto, de modo que se possa facilmente chegar a qualquer dos seus lados.

III A Bahia possue, com a fundação da Maternidade, actualmente, o mais perfeito serviço de hygiene, excellentemente apparelhado para todos as exigencias do estado gestativo ou puerperal.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I O parto clandestino é considerado do ponto de vista medico legal, um facto altamente compromettedor para a mulher.

II A creança pode fallecer antes ou depois do nascimento, e o medico legista pode accuzar a mulher do crime de infanticidio por imprudencia.

III E' por meio da docimasia pulmonar que se tira a prova do estado funccional do pulmão.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I Durante o trabalho do parto pode se dar a fractura do esterno algumas vezes.

II Esta fractura é um accidente muito raro, produzido sob a influencia dos violentos esforços do periodo de expulsão.

III A séde habitual da lesão, é a parte superior do esterno, correspondente ao *manubrium*.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I A episiotomia é uma operação que consiste em incisar a vulva, para prevenir as rupturas perineaes susceptiveis de interessar o anus.

II A incisão libertadora pode ser praticada sobre a linha mediana, aos lados, ou em todo percurso do orificio vulvar.

III Pratica-se esta operação com simples tesouras.

CLINICA CIRURCA (1.ª Cadeira)

I A disjuncção da symphyse é um accidente muito raro que sobrevem no trabalho do parto.

II Ella tem sempre como causa um traumatismo, quer produzido pela força desenvolvida do musculo uterino, quer pelo parteiro.

III E' no curso das extracções artificiaes, particularmente na applicação defeituosa do forceps, que se a observa mais frequentemente.

CLINICA CIRURGICA (2.ª Cadeira)

I A ruptura da symphyse traz em consequencia, o afastamento do pubis semelhante áquelle que se obtem pela symphyseotomia.

II Esta ruptura pode acompanhar-se de lesões das partes molles, da vagina, urethra, e bexiga.

III Em consequencia destas lesões, podem apparecer mais tarde complicações infecciosas, taes como phlegmões, osteomyelites, phlebite etc.

PATHOLOGIA MEDICA

I A gravidez determina modificações no funccionamento do figado que facilitam a apparição da ictericia.

II Esta ictericia apresenta-se sob a forma benigna ou grave, e é observada principalmente depois do quarto mez.

III Ella está ligada á polycholia que geralmente apparece no fim da gravidez.

CLINICA PROPEDEUTICA

I A radio-pelvimetria é um methodo de exploração da bacia, hoje abandonado pela complexidade das manobras e por seus resultados pouco satisfatorios.

II O contorno obtido pelos raios Roentgen não se apresenta nitido; é uma sombra da qual só se pode deduzir, por um calculo approximativo, a forma da bacia.

III Estas razões justificam a exclusão de tal methodo da pratica corrente.

CLINICA MEDICA (1.ª Cadeira)

I As varizes dos orgãos genitaes são frequentes durante a gravidez.

II Ellas apparecem particularmente no nivel do collo, parte inferior da vagina e na face interna dos grandes labios.

III Nos grandes labios affectam a forma, as vezes, de um grande tumor pendido para a face interna da coxa.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I Depois do parto, ou mesmo durante a gravidez quando o feto morre, as varizes dos orgãos genitaes desapparecem rapidamente.

II Hemorrhagias abundantes, graves e mortaes, podem sobrevir em consequencia da ruptura destas varizes.

III O melhor tratamento para ellas é o repouso e a compressão branda.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I O lysol é um corpo ainda não bem chimicamente definido, mas cujo poder antiseptico está perfeitamente comprovado.

II Apresenta-se sobre a forma de um liquido pardo, muito soluvel n'agua, dando-lhe a cor opalescente devido a formação de uma pequena quantidade de cresylato de cal.

III Pelo seu poder antiseptico, superior a muitos dos outros antisepticos usualmente empregados na pratica obstetrica, elle é muito utilisado em injecções na proporção de 2 a 4 %.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I A coffea arabica é um vegetal pertencente a familia das Rubiaceas e classificada na ordem dos gamopetalas inferoovariadas, cujos fructos de cor vermelha apresentam duas lojas, em cada uma das quaes existe uma semente verde

II Estas sementes conteem varias substancias, como a cellulose, glucose, dextrina, legumina, cafeina, um acido cafetanico, varios saes, principalmente os de potassio e um oleo essencial de cheiro agradavel—a cafeona.

III Deprès têm empregado internamente com muito proveito, o café em altas doses para combater as metrorrhagias.

CHIMICA MEDICA

I A saccharose tem sido aconselhada nos casos onde ha inercia uterina, pelo seu poder estimulante do musculo uterino, produzindo excellentes resultados, como demonstram os trabalhos de Payer, Lop e Marquis.

II Geralmente ella é administrada, a parturiente estando em trabalho, podendo tambem ser antes, seu effeito produzindo-se mais ou menos rapidamente conforme a occasião do emprego.

III A dose frequentemente empregada e mais efficaz, é a de 25 grammas, dada de uma só vez por ingestão, havendo casos em que se a eleva á 100 grammas.

OBSTETRICIA

I A bacia normal revestida de suas partes molles, deve ser proporcional ao volume do feto a termo, de modo a permittir sua expulsão espontaneamente.

II Quando esta proporção é destruida por uma alteração qualquer, existe uma pelviciação.

III As pelviciações são alterações da bacia na sua forma, dimensões e direcção, capazes de perturbarem os phenomenos do parto normal.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I A marcha da gravidez nos estreitamentos pouco pronunciados nada apresenta de particular.

II Quando estes estreitamentos são bem pronunciados, a gravidez reveste caracteres especiaes, diversos, taes como anomalias de situação, e inclinação do utero e perturbações da acommodação fetal.

III Em geral estas perturbações se mostram mais frequentes nas multiparas estreitadas, porque nestas ha a fadiga das paredes abdominal, uterina, produzida pelas gestações anteriores.

CLINICA PEDIATRICA

I A achondroplasia é uma affecção do systhema osseo de origem hereditaria, particularmente observada no sexo feminino

II Esta affecção apresenta caracteres clinicos e histologicos que lhe são proprios.

III Sua pathogenia é ainda obscura, attribuindo-se porem, seja devida a parada da ossificação chondral, em consequencia de toxiinfecções de origem materna.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I As hemorrhagias da inserção viciosa da placenta, do aborto e do delivramento, determinam muitas vezes para o lado do apparelho visual, accidentes variados, desde as perturbações da accommodação até a amblyopia e amaurose.

II Se estas hemorrhagias são muito accentuadas e prolongadas, pode resultar que as lesões se tornem definitivas, comprometendo a retina e mesmo o nervo optico.

III Estas lesões, muitas vezes, só se revelam algumas horas ou dias depois da perda sanguinea,

sendo mais frequentes, quando esta perda sanguinea vem acompanhada de accidentes septicos.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I Sob a influencia da gravidez, diversas manifestações importantes se produzem para o lado da superficie cutanea, dentre as quaes destaca-se o *herpes gestationes*, dermatose pela primeira vez estudada por Milton e depois por Brocq, que a denominou *dermatite polymorpha pruriginosa recidente da gravidez.*

II Sua etiologia está pouco elucidada, tendo-se invocado para explical-a, as más condições hygienicas, insalubridade das regiões habitadas, certos estados nevropathicos e autointoxicações.

III Perrin suppõe que ella seja devida a presença de uma substancia encontrada no sangue, que fixa os globulos brancos sob a forma de granulações acidophilas.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I Os pneumococcos, streptococcus gonococcus e os meningococcus de Weichselbaunn têm sido indicados como responsaveis pela meningite cerebro espinhal observada durante a gravidez.

II Esta molestia pode apparecer em qualquer epocha da gravidez, mais principalmente surge nos ultimos mezes, começando bruscamente, ou secundariamente a uma infecção como a grippe, a pneumonia etc.

III A meningite cerebro espinhal, passa geralmente desapercebida e quasi sempre é confundida com a eclampsia, da qual pode-se differencial-a por certos signaes, dentre os quaes salienta-se como principal o de Kernig.

Visto — Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 Outubro de 1910.

O Secretario,

Dr Menandro dos Reis Meirelles